Prävention • Beratung • Therapie
ergotherapie
Elke Lippa-Jobmann & Team

BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen **Ergotherapie Elke Lippa-Jobmann & Team**
Abelmannstr. 14 30519 Hannover
(nachfolgend „Praxis“)

und Name Patient:in: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____
(freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse: _____
(freiwillige Angabe)

Geburtstag: _____

Name der KV: _____

Name/Anschrift
Sorgeberechtigte:r 1: _____

Name/Anschrift
Sorgeberechtigte:r 2: _____

(nachfolgend „Patient:in“)

1.
Zwischen der:dem oben genannten Patient:in und der Praxis wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Die Praxis verpflichtet sich gegenüber der:dem Patient:in zur Erbringung der aus der vorgelegten ärztlichen Verordnung ersichtlichen ergotherapeutischen Behandlung. Diese Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards für die Ergotherapie zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.
Die:Der Patient:in bzw. der:die Sorgeberechtigte(n) erklärt/erklären hiermit ausdrücklich die Einwilligung zur Durchführung der Behandlung gemäß der ärztlichen Verordnung durch die Praxis.

2.
Soll die Behandlung nach der vorgelegten ärztlichen Verordnung weiter fortgesetzt werden, wird die:der Patient:in die entsprechende weitere ärztliche Verordnung vorlegen. Auch auf diese Fortsetzung finden die vorliegenden Vereinbarungen Anwendung.

3.
Die:Der Patient:in und der:die Sorgeberechtigte(n) bestätigen, dass sie:er zu Beginn der Behandlung von der Praxis über alle für die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden ist,

insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie ergreifenden Maßnahmen. Es wird ebenfalls bestätigt, dass sie insbesondere über die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die Erfolgsaussichten der Therapie aufgeklärt worden sind.

4.
Die Vergabe von Terminen durch die Praxis erfolgt im Wege einer sogenannten Bestellpraxis, d.h., der jeweilige Termin wurde ausschließlich für die:den Patient:in vorgesehen. Die:Der Patient:in hat den vereinbarten Termin daher grundsätzlich auch wahrzunehmen. Kann ein Termin aus einem wichtigen Grund (z.B. Krankheit) nicht wahrgenommen werden, muss dies umgehend, spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin, gegenüber der Praxis mitgeteilt werden.

Bei nicht oder nicht rechtzeitig erfolgter Absage des Termins ist die Praxis berechtigt, eine Ausfallgebühr in Höhe des aufgrund der ursprünglich vereinbarten Leistung zu erwartenden Satzes der gesetzlichen Krankenversicherung von der Patientin/vom Patienten zu fordern; der:dem Patient:in bleibt vorbehalten, nachzuweisen, dass lediglich ein geringerer Schaden entstanden ist, in diesem Fall ist dann Schadensersatz lediglich in der geringeren Höhe geschuldet.

5.
Sollte eine der vorstehenden Klauseln unwirksam sein oder werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der Bestimmungen im Übrigen. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt dann die gesetzliche Regelung.

6.
Die:Der Patient:in bzw. der:die Sorgeberechtigte(n) bestätigt/bestätigen, dass ihr:ihm:ihnen ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

Datum: _____

_____
Unterschrift Patient:in

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtigte:r Unterschrift 2. Sorgeberechtigte:r

Anlage 1: Schweigepflichtentbindung
Anlage 2: Hinweise zur Datenverarbeitung

Prävention • Beratung • Therapie
ergotherapie
Elke Lippa-Jobmann & Team

Schweigepflichtsentbindung

Zwischen der Praxis für Ergotherapie Elke Lippa-Jobmann & Team

und Name: Geburtsdatum:

für den Zeitraum der durchgeführten Therapie.

Die an der Betreuung und Förderung beteiligten Institutionen und Fachkräfte können über die medizinischen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsergebnisse und Hinweise mündlich und schriftlich unterrichtet werden, soweit dieses für die Arbeit erforderlich ist. (Steht beiden Elternteilen das Sorgerecht zu und wird nur von einem Elternteil unterschrieben, so gilt diese Unterschrift uneingeschränkt auch für den anderen Elternteil.

Name, Rolle	Einrichtung	Telefonnummer
Name, Rolle	Einrichtung	Telefonnummer
Name, Rolle	Einrichtung	Telefonnummer
Name, Rolle	Einrichtung	Telefonnummer

Hannover, den

Prävention • Beratung • Therapie
ergotherapie
Elke Lippa-Jobmann & Team

Anlage 2 zum Behandlungsvertrag

HINWEISE ZUR DATENVERARBEITUNG

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Ihnen in diesem Zusammenhang zustehen.

1. Verantwortliche:r für die Datenverarbeitung

Praxis für Ergotherapie Elke Lippa-Jobmann

Adresse: Abelmannstr. 14 in 30519 Hannover

Kontaktdaten: 0511 8437587

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten (beispielsweise Therapieverläufe). Zu diesen Zwecken können uns auch verordnende Ärzt:innen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in ärztlichen Briefen, Verordnungen, etc.).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger:innen der Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger:innen Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ihre verordnenden Ärzt:innen, andere Therapeut:innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger:innen, Abrechnungszentraum opta data in Essen.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragter für den Datenschutz Niedersachsen (LfD): Postfach 221, 30002 Hannover

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam