

Rechnung

Nach Ihrer letzten Behandlung bekommen Sie eine Rechnung von uns, die Sie bei Ihrer Versicherung einreichen können. Die Vergütung ist innerhalb von 14 Tagen zu zahlen und ist unabhängig von Zeitpunkt und Höhe der Erstattung durch Ihre Versicherung. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit einer Zwischenrechnung.

Honorarvereinbarung

Abrechnung Physiotherapie auf Rezept: Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenübersicht für Therapeuten/Physiotherapie (GebüTH) und entsprechen dem 1,8- bzw. 2,3 - fachen Regelsatz (Stand 2019). Die Praxis PhysiOhlwerter führt keine Beihilfesätze für die Physiotherapie! Beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir eine Rechnungsstellung über die GebüH (s.u.).

Abrechnung Heilpraktiker: Privatkassen, Beihilfe sowie Zusatzversicherungen erstatten eine Behandlung von Heilpraktiker (nach GebüH) meist im vollem Umfang, außer Sie haben diese Leistungen in Ihrem Versicherungsvertrag explizit ausgeschlossen/begrenzt. Die Praxis PhysiOhlwerter richtet die Höhe des Tarifikataloges gerne nach dem Erstattungstarif Ihrer Kasse. Hierzu sind Angaben Ihres genauen Tarifes nötig!

Selbstzahler: Für Selbstzahler gelten folgende Preise:

Zusatzanwendungen wie Schröpfen, Kinesiotape, Dry Needling, Akupunktur, Dauernadeln, etc. exklusive!

Leistung	Preis
Erstuntersuchung	90,-€
Behandlung 60 Minuten	75,-€
Behandlung 30 Minuten	40,-€

Ich wünsche eine Rechnungsstellung über:

Heilpraktiker (GebüH)	
Physiotherapie auf Rezept (GebüTh)	
Ich bin Selbstzahler	

Datenschutz

Die Praxis PhysiOhlwerter ist für Ihre personenbezogenen Daten verantwortlich. Wir messen dem Datenschutz große Bedeutung bei. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten geschieht unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Gesetzliche Grundlagen für unsere Datenverarbeitung finden sich u. a. in Art. 6 und Art. 9 DSGVO in Verbindung mit dieser von ihnen erteilten Einwilligung. Zu den verarbeiteten Daten zählen neben personenbezogenen Daten (z. B. Geburts-, Adress-, Kontaktdaten und ggf. Krankenversicherungsdaten) Gesundheitsdaten wie Anamnese, Diagnose, Verordnungen von Arznei- bzw. Hilfsmitteln, sowie Therapievorschläge und Befunde anderer Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss Ihrer Behandlung aufzubewahren. Zum Zwecke der Abrechnung, sowie zur Klärung von medizinischen Fragen, welche sich aus Ihrem Behandlungs- und Versicherungsverhältnis ergeben, kann eine Weitergabe Ihrer Daten an andere Therapeuten, Ärzte, den medizinischen Dienst der Krankenkassen, Patientenverwaltungsprogramme, Krankenkassen und privatärztlichen Abrechnungsstellen erfolgen. Sie haben das Recht, auch einer rechtmäßigen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu widersprechen (mit Wirkung für die Zukunft), wenn sich dies aus Ihrer besonderen Situation begründet und unsere Interessen an der Verarbeitung nicht überwiegen. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Den Widerspruch sollte schriftlich erklärt werden!

Ich erkläre mich mit der oben aufgeführten Datenschutzbelehrung einverstanden!

Email Versand

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis PhysiOhlwerter mich zu medizinischen Rückfragen, sowie Terminvergaben und Rechnungsversand per E-mail kontaktiert.

Ja

Nein

Patienteninformation

Als behandelnde Therapeuten sind wir nach §630c BGB (ferner §630e BGB) dazu verpflichtet Sie über die Notwendigkeit, Eignung, Art, Durchführung, Erfolgsaussichten, zu erwartenden Folgen & Risiken der durchzuführenden Therapie und Maßnahmen aufzuklären.

Ich bin bereits ausreichend von meinem Therapeuten/Arzt informiert worden

Ich wünsche eine ausführliche Aufklärung durch meinen Therapeuten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Zustimmung und nehme die aufgeführten Informationen zur Kenntnis!

Lauf an der Pegnitz, _____

Unterschrift _____