

Praxis-Information der Praxis Bouchette

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Patientennummer (wird von der Praxis eingefügt)

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und danken für Ihr Vertrauen. Das Patientenrechtegesetz (PatRG) und der Datenschutz schreibt die Dokumentation im Sinne des Patienten vor. Deshalb bitten wir Sie folgende Punkte zu bestätigen:

Mitwirkungspflicht des Patienten

Laut §630c Abs.1c BGB sollen Behandelnder und Patient zur Durchführung der medizinischen Behandlung zusammenwirken. Dabei hat der Patient insbesondere die für die Behandlung bedeutsamen objektiven und subjektiven Umstände offenzulegen. Daher bitten wir Ihrerseits uns über **neu** dazu **gekommenen Diagnosen**, Symptome sowie zusätzliche Therapieansätze in anderen Praxen **in Kenntnis zu setzten**, damit wir unsere Behandlung aktuell anpassen können.

Zusatzzeit bzw. Doppelbehandlung

Damit wir Sie optimal behandeln können, brauchen wir eine gewisse Zeit. Die Behandlungszeiten der GKV sind mit durchschnittlich 20 Min. manchmal sehr knapp bemessen. Daher möchten wir Sie über die Möglichkeit zusätzlich Behandlungszeit privat dazu zu kaufen bzw. den Arzt um ein Rezept mit Doppelbehandlungen zu bitten, informieren. Dieses ist auch für Privatpatienten aus finanzieller Sicht interessant.

Gesetzliches Rezept muss zu Behandlungsbeginn vorliegen

Bei gesetzlich versicherten Patienten haben wir eine Prüfpflicht für die Rezepte. Das richtig ausgestellte Rezept muß im Original zum ersten Behandlungstermin vorliegen. Liegt dieses bei der Behandlung nicht vor, können wir nicht mit ihrer Versicherung abrechnen. Daher wäre die geplante Behandlung dann eine private Behandlung und muß von Ihnen privat behandelt bezahlt werden.

Inhalt der Behandlungszeit

Der Leistungsumfang ist in Rahmenverträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen geregelt. Dieses betrifft auch die privaten Behandlungen.

Leistungsumfang:

- Alle Vor- und Nachbereitungen einer Behandlung (Aufklärung des Patienten, An- und Ausziehen des Patienten)
- Das Aufstellen eines individuellen Behandlungsplans inkl. Einweisung in Übungen
- Durchführung der Behandlung
- Dokumentation von Anamnese, Befunden (auch von Dritten z.B. Rö-Befunde) und Behandlungsverläufen.

Datenschutz

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. Laut dem Sozialgesetzbuch V sind wir 10 Jahre lang nach der letzten Behandlung verpflichtet, ihre Daten zu speichern. Ihre Einwilligungen sind freiwillig und können gegenüber der Praxis nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich formlos widerrufen werden. Bisher durchgeführte, von der Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Außerdem erfolgt eine Rückmeldung über die erfolgte Behandlung an Ihren verordnenden Arzt, soweit er dies beim gesetzlichen Rezept angefordert hat (Laut HMK). Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen. Laut DSGVO Abs.5 brauchen wir keinen Datenschutzbeauftragten.

Praxis-Information der Praxis Bouchette

Entbindung von der Schweigepflicht

Wenn Sie möchten, können Sie uns von unserer Patientenschweigepflicht z.B. gegenüber Ärzten, Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen entbinden, **sodass wir an diese Person Befundberichte / Verordnungen / Termine weiterreichen dürfen**. Dazu reichen wir Ihnen gerne ein Formular. Ansonsten sind wir dazu verpflichtet, gegenüber ihren Angehörigen, Vertrauenspersonen, Ärzten und Versicherungen keinerlei Aussagen zu machen.

Speicherung eines Fotos

Zur besseren Erinnerung der Therapeuten an die Patienten oder bei praxisinternen Austausch-Gesprächen zur Optimierung des Behandlungsverlaufes ist ein Foto vom Gesicht des Patienten vorteilhaft. Daher danken wir Ihnen, wenn Sie diese Speicherung nicht ablehnen. Das Foto darf nur innerhalb der Praxis genutzt werden und nicht an Andere weitergegeben werden.

O JA, hiermit erlaube ich die Speicherung eines digitalen Bildes von mir in meiner elektronischen Patientenakte.

O NEIN, hiermit lehne ich die Speicherung eines digitalen Bildes von mir in meiner elektronischen Patientenakte ab.

Bestellpraxis - Terminabsage:

Die meisten unserer Patienten sind beruflich und familiär stark eingebunden. Daher sind Termine organisierte Abläufe und ein effizientes Terminmanagement für Sie genauso wichtig wie für uns. Unsere Praxisorganisation ist darauf ausgelegt Ihre wertvolle Zeit gewinnbringend für Ihre Gesundheit zu nutzen und Wartezeiten zu vermeiden. Falls Sie einen Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Bei Feiertagen oder Wochenenden, bitte noch am davorliegenden Werktag. Der Gesetzgeber erlaubt uns unabhängig von der Ursache bei nicht abgesagten bzw. zu spät abgesagten Terminen, die entstandenen Kosten dem Patienten in Rechnung zu stellen! (§611ff. BGB). Die Grundlage dafür ist, dass wir ausschließlich auf feste Terminvereinbarung die vorher festgelegten Behandlungen vornehmen und den ausgefallenen oder zu kurzfristig abgesagten Termin, nicht mehr anderweitig vergeben können (LH Hannover, AG Münster).

Ruhiges und angenehmes Behandlungsumfeld

Damit sich die Therapeuten auf Ihre Behandlung konzentrieren können, bitten wir Sie, ihr Handy stumm zu schalten. Da die physiotherapeutische Behandlung eine sehr körpernahe Therapie ist und kranke Menschen sehr geruchssensibel und infektanfällig sind, bitten wir sie auf z.B. Nikotin, Alkohol, Knoblauch, Parfüm vor der Behandlung zu verzichten bzw. auf die eigene Hygiene zu beachten. Der nachfolgende Patient dankt es Ihnen. Außerdem bitten wir die Frauen aus hygienischen Gründen kein Make-up während der Behandlung zu tragen. Erscheinen Sie nach mündlicher Aufforderung erneut im unhygienischen Zustand, verweigern wir die weitere Behandlung.

E-Mail-Adresse

Wir möchten darauf hinweisen, dass der Kontakt über E-Mails und SMS ein unsicheres Medium darstellt, wir können einen Zugang von dritten Personen nicht ausschließen. Anhänge (wie z.B. Rechnungen) werden per ZIP verschlüsselt. Bitte erfragen Sie hierfür ihre Patienten-Nummer.

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ und darf nur für folgendes verwendet werden.

Terminvereinbarung

Da viele unserer Patienten tagsüber schlecht zu erreichen sind, würden wir mit Ihnen u.a. gerne die Termine über Ihre E-Mail-Adresse vereinbaren.

o JA, Ich erlaube eine Terminvereinbarung per E-Mail Adresse.

o NEIN, Ich lehne eine Terminvereinbarung per E-Mail Adresse grundsätzlich ab.

Rechnungsstellung für private Behandlungen von privaten und gesetzlichen Patienten:

Ein evtl. ausgestelltes Rezept vom Arzt scannen wir direkt bei Erhalt ein und reichen es direkt an Sie zurück. Die Rechnung erfolgt zur letzten durchgeführten Behandlung, spätestens nach der 10. Behandlung und wird Ihnen persönlich bei der letzten Behandlung überreicht. Bei einem 5-wöchigen Abstand zur letzten durchgeführten Behandlung schreiben wir Ihnen eine Zwischenrechnung.

Um die Natur zu schützen und die Zusendung der Rechnung bei einem evtl. Streik der Post zu garantieren, schicken wir Ihnen diese Rechnung per Mail.

o JA, Ich wünsche den Erhalt der Rechnung per Mail.

o NEIN, Ich wünsche nach wie vor den Erhalt der Rechnung per Post.

Praxis-Information der Praxis Bouchette

Zusendung vom Newsletter

Um unsere Patienten über aktuell diskutierte Themen im Gesundheitssystem zu informieren, versenden wir an unsere Patienten ca. 1x im Jahr einen Newsletter. Dabei wird keinerlei Werbung verschickt. Auch wird die Mail-Adresse an niemanden weitergereicht. Sie können jederzeit Ihre Einwilligung für diesen Newsletter rückgängig machen, indem Sie uns eine Mail mit dem Wort "Nein" zukommen lassen.

o JA, Ich möchte durch den Newsletter der Praxis Bouchette auf aktuelle Situationen hingewiesen werden.

o NEIN, Ich lehne grundsätzlich den Erhalt eines Newsletters der Praxis Bouchette ab.

Hiermit stimme ich den vorgenannten Bedingungen zu, habe eine Kopie erhalten und willige in die durchzuführende Therapie ein. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit schriftlich meine Einwilligungen rückgängig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift