



GEHSCHULE-HAMBURG

PHYSIOTHERAPIE

Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mit diesem Formular schließen wir einen Behandlungsvertrag ab. Dieser ist Voraussetzung, um die Behandlung in unserer Praxis durchzuführen. Bitte tragen Sie die erforderlichen Angaben ein und unterschreiben Sie die mit **X** markierten Stellen, damit wir alle rechtlichen Vorgaben erfüllen können.

Name	Vorname	Geburtsdatum

Vergütung:

Gesetzlich Versicherte Zuzahlung: siehe Seite 4/4, entsprechend Heilmittelverordnung
Selbstzahlerleistung und PrivatpatientInnen: siehe Honorarvereinbarung

Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, und falls zutreffend, die Behandlungspreise bei Privatpatient:innen (1,3-Facher Satz) und Selbstzahler:innen an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine von Montag bis Freitag rechtzeitig **mindestens 24 Stunden** vorher, telefonisch, auf dem Anrufbeantworter oder via E-Mail, abgesagt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** in Höhe der geplanten Leistung, des aktuell geltenden gesetzlichen Kassentarifs in Rechnung gestellt werden. Bei Privatpatient:innen und Selbstzahler:innen gilt die festgesetzte Höhe der jeweiligen Leistung. Die Ausfallentschädigung greift ebenso bei unvorhersehbaren Ereignissen wie Stau, plötzlicher Erkrankung oder anderen Ursachen, die nicht von mir beeinflussbar sind. Eine etwaige anderweitige gewinnbringende Zeitverwendung wird die Praxis nach Möglichkeit anrechnen. Mir ist bekannt, dass meine Krankenkasse diese Kosten nicht zahlt. Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe nach Rechnungstellung zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der/des Therapeut:in liegt, trage ich diese selbst.

Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Sollten zwei aufeinanderfolgende Termine nicht innerhalb der geltenden Frist von mir abgesagt werden, behält sich die Praxis vor, die Behandlung abzubrechen.

X

Unterschrift der/des Patient:in oder des gesetzlichen Vertreters

Prüfpflicht

Mir ist bekannt, dass die Behandlung spätestens am 28. Tag nach Ausstellung der Verordnung erfolgen muss, da diese sonst ihre Gültigkeit verliert. Die Heilmittelverordnung ist der Gehschule-Hamburg möglichst vorab im Original oder als Kopie vorzulegen. Sollte bei Beginn des Termins die Verordnung nicht der vereinbarten Leistung entsprechen oder ungültig sein, ist die Differenz von mir selbst zu tragen.



GEHSCHULE-HAMBURG

PHYSIOTHERAPIE

Bei Dauerbehandlungen Sorge ich selbstständig für die rechtzeitige Bestellung einer korrekten Folgeverordnung. Behandlungen, die aufgrund zu spät ausgestelltter Verordnungen nicht von der Krankenkasse erstattet werden, sind von mir selbst zu tragen.

Parallele Physiotherapie Behandlungen in einer anderen Praxis (gesetzlich Versicherte) sind nur möglich, wenn die Diagnosegruppe sowie der Diagnoseschlüssel nicht identisch mit der von mir eingereichten Heilmittelverordnung sind. Sollte ich dies nicht beachten, werde ich bei Ablehnung der Kostenübernahme der Krankenkasse, die Kosten der von der Praxis bereits erbrachten Leistungen selbst tragen.

✗

Unterschrift der/des Patient:in oder des gesetzlichen Vertreters

Daten: Die Information zum Datenschutz (Seite 3) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich willige gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO ein, dass die Praxis Gehschule-Hamburg mit mir über E-Mail sowie Messenger-Dienste (z.B. WhatsApp) kommunizieren darf. Terminerinnerungen und/oder Absagen dürfen mir als automatisierte Nachricht via E-Mail und/oder SMS zugeschickt werden. Mir ist bewusst, dass diese Kommunikationswege Sicherheitsrisiken bergen können, insbesondere hinsichtlich der Vertraulichkeit und des Zugriffs durch Dritte.

2/5

Ich erkläre mich gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung Foto- und/oder Videoaufnahmen zu Dokumentationszwecken erstellt werden. Diese Aufnahmen dienen ausschließlich meiner medizinischen Betreuung und der Verlaufskontrolle.

Die erfassten Fotos und Videos werden gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO auf folgenden Systemen gespeichert: Lokal in der Praxis. Externer Cloudanbieter: Dropbox Inc. (USA) – Speicherung gemäß Art. 44 ff. DSGVO mit geeigneten Schutzmaßnahmen. Dokumentationsprogramm: Thevea, Buchner Flow (Deutschland, DSGVO-konform)

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

✗

Unterschrift der/des Patient:in oder des gesetzlichen Vertreters

Haftung: Die Haftung der Gehschule-Hamburg für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter*innen - für Vorsatz.

✗

Unterschrift der/des Patient:in oder des gesetzlichen Vertreters



GEHSCHULE-HAMBURG

PHYSIOTHERAPIE

Information zum Datenschutz (Stand 09.09.2025)

Nach dem Datenschutzrecht (insbesondere dem BDSG und der DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist die Praxis Gehschule-Hamburg.

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen.

Wir sind in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden. Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Verordnungsblätter (einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Wir behandeln alle Patientendaten vertraulich. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzt:innen und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie ggf. an Ihre betreuenden Orthopädietechniker:innen statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzt:innen und Krankenversicherungen sind wir gesetzlich verpflichtet.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr. 1 b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

Ihnen steht das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich bei Rechtsverletzungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Deren Kontaktdaten lauten:

Herr Berbig

Behördlicher Datenschutzbeauftragter der Stadt Norderstedt

- *Raum: 373*
- *Telefon: 040 - 535 95 379*



GEHSCHULE-HAMBURG

PHYSIOTHERAPIE

Physiotherapie GKV-Preise & Zuzahlung

Für alle Behandlungen ab 01.07.2025. Vergütung aller gesetzlichen Krankenkassen je Behandlungsmenge sowie deren Zuzahlung (**10 % der Gesamtkosten**)

Alle Angaben ohne Gewähr. **Je VO müssen zzgl. 10 € Verordnungsblattgebühr** berechnet werden

		Anzahl der Behandlungseinheiten									
Leistung	Preise	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kälteth.	Zuzahlung	1,17	2,34	3,51	4,68	5,85	7,02	8,19	9,36	10,53	11,70
	Vergütung	11,66	23,32	34,98	46,64	58,30	69,96	81,62	93,28	104,94	116,60
Heiße Rolle	Zuzahlung	1,31	2,62	3,93	5,24	6,55	7,86	9,17	10,48	11,79	13,10
	Vergütung	13,14	26,28	39,42	52,56	65,70	78,84	91,98	105,12	118,26	131,40
KG (auch ZNS)	Zuzahlung	2,89	5,78	8,67	11,56	14,45	17,34	20,23	23,12	26,01	28,90
	Vergütung	28,91	57,82	86,73	115,64	144,55	173,46	202,37	231,28	260,19	289,10
KG ZNS Bobath	Zuzahlung	4,59	9,18	13,77	18,36	22,95	27,54	32,13	36,72	41,31	45,90
	Vergütung	45,92	91,84	137,76	183,68	229,60	275,52	321,44	367,36	413,28	459,20
Hausbes. Pauschale	Zuzahlung	2,22	4,44	6,66	8,88	11,10	13,32	15,54	17,76	19,98	22,20
	Vergütung	22,23	44,46	66,69	88,92	111,15	133,38	155,61	177,84	200,07	222,30

Mit einer Erhöhung der Behandlungseinheiten erfolgt eine entsprechende Anpassung des Preises



GEHSCHULE-HAMBURG

PHYSIOTHERAPIE

Wichtige Informationen zu Behandlungsablauf und Terminorganisation

Behandlungszeiten und organisatorische Abläufe:

Unsere Behandlungseinheiten finden in festen Zeitrahmen statt. Die allgemeine Krankengymnastik umfasst ca. 20 Minuten, die Krankengymnastik ZNS Bobath ca. 25-30 Minuten. Diese Zeiten beinhalten nicht nur die aktive Therapie mit Ihnen, sondern auch alle notwendigen Bestandteile der physiotherapeutischen Behandlung. Laut Vorgabe des GKV-Spitzenverbands gehören dazu u.a.:

- ➔ Vorbereitung, Befunderhebung und Anamnese,
- ➔ Erstellung oder Anpassung des Therapieplans,
- ➔ Dokumentation sowie die Nachbereitung.
- ➔ Bei Bedarf können auch therapeutische Hilfeleistungen oder medizinisch notwendige Absprachen mit Ärzten oder Sanitätshäusern erforderlich sein.

Gerade bei neuen Patient:innen ist eine gründliche Befundung besonders wichtig. In den ersten ein bis zwei Terminen kann die aktive Behandlungszeit daher kürzer wirken. Die Befundaufnahme ist jedoch ein wesentlicher Teil der Therapie und entscheidend für die individuelle Planung Ihrer Behandlung.

Bei komplexen Diagnosen oder bei der Versorgung mit Prothesen oder Orthesen entsteht häufig ein zusätzlicher Dokumentations- und Kommunikationsaufwand. Dieser ist Bestandteil Ihrer Behandlung und wird deshalb innerhalb der vorgesehenen Behandlungszeit durchgeführt.

5/5

Terminplanung und Terminerinnerungen:

Sie erhalten von uns einen Terminzettel mit Ihren geplanten Terminen. Die dort angegebenen Uhrzeiten dienen zunächst als Orientierung, da es aufgrund von Absagen oder Änderungswünschen anderer Patienten gelegentlich zu kleineren Verschiebungen kommen kann.

Wenn uns Ihre E-Mail-Adresse und Mobilfunknummer vorliegen, erhalten Sie etwa 24 Stunden vor Ihrem Behandlungstermin eine Nachricht mit der verbindlichen Uhrzeit. Bitte orientieren Sie sich immer an dieser Uhrzeit. Bei größeren Veränderungen informieren wir Sie zusätzlich.

Terminabsagen unsererseits erfolgen in der Regel per E-Mail oder SMS. Da die Terminerinnerungen automatisiert versendet werden, kann es vorkommen, dass eine Absage erst nach der Erinnerungsnachricht eintrifft. Maßgeblich ist immer die zuletzt erhaltene Nachricht.

Bitte teilen Sie Terminänderungen oder Absagen nicht direkt Ihren behandelnden Therapeutinnen oder Therapeuten mit, da diese nicht an der Terminplanung beteiligt sind. Wenn die Rezeption nicht besetzt ist, senden Sie uns bitte eine E-Mail oder hinterlassen Sie eine Nachricht auf unserem Anrufbeantworter.

Wenn Sie nach einer Terminabsage einen neuen Terminzettel mit nur einem Termin erhalten, handelt es sich um den Ersatztermin für den abgesagten Termin. Alle übrigen vereinbarten Termine bleiben bestehen. Wenn Sie einen vollständigen neuen Terminplan benötigen, geben Sie uns bitte Bescheid.