BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen **Behandelnder**:
Podologie und med. Fußpflege Melanie Trebsdorf, Hohler Weg 26, 32760 Detmold, Tel. 05231 / 870111

und **Patient**[1]:

Name / Vorname _____ geb. _____

Straße, Hausnummer _____ Telefon _____

PLZ, Ort _____

bei Minderjährigen bzw. nicht oder nur eingeschränkt geschäftsfähigen Patienten vertreten durch:

Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Betreuer (Name, Anschrift) _____

1. Vertragsgrundlagen

1.1 Die Parteien schließen einen Behandlungsvertrag gem. § 630a BGB über eine podologische Behandlung. Wird der Patient vertreten, kommt der Vertrag durch die Erklärung des Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers zustande; das Bestehen der Vertretungsbefugnis wird ausdrücklich versichert. Bei gemeinsamer Sorge versichert der Unterzeichnende zudem das Einverständnis des anderen Sorgeberechtigten.

1.2 Ein Behandlungserfolg ist nicht geschuldet. Da die Reaktion auf die Behandlung nicht sicher vorhersehbar ist, ist Vertragsgegenstand ausschließlich eine Behandlung nach dem allgemein anerkannten fachlichen Standard (§ 630a Abs. 2 BGB). Werden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 124 f. SGB V) in Anspruch genommen, umfasst der Vertrag nur Leistungen aus deren Leistungskatalog nach der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit nichts Gesondertes vereinbart ist.

2. Vergütung

2.1 Gesetzlich Versicherte werden medizinisch notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zulasten der GKV behandelt, wenn die Leistungsvoraussetzungen (insbes. Heilmittelverordnung) vorliegen. Auf die **Zuzahlung** nach § 61 Satz 3 SGB V wird ausdrücklich hingewiesen: 10 % der Heilmittelkosten zzgl. Verordnungsblattgebühr je Verordnung in der jeweils gesetzlichen Höhe (derzeit 10,00 €).

2.2 Ist der Patient nicht gesetzlich versichert oder werden Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs vereinbart (außervertragliche Leistungen), wird die Vergütung vor der Behandlung vereinbart, siehe Anlage 1. Später hinzukommende außervertragliche Leistungen werden vor ihrer Erbringung gesondert in Textform vereinbart.

2.3 Umfang des Versicherungsschutzes und Erstattungsverhalten eines Kostenträgers sind dem Behandelnden nicht bekannt. Trotz grundsätzlicher Abrechenbarkeit kann eine (volle) Erstattung nicht gewährleistet werden. Mit Ziffer 2.2 und Anlage 1 erfüllt der Behandelnde zugleich eine etwaige wirtschaftliche Aufklärungspflicht (§ 630c Abs. 3 BGB).

☐ **2.4** *(gilt nur, wenn angekreuzt)* Der Behandelnde verfügt über eine Erlaubnis als sektoraler Heilpraktiker für Podologie. Leistungen im Rahmen dieser Erlaubnis erstattet die gesetzliche Krankenversicherung nicht; sie sind außervertragliche Leistungen (Ziffer 2.2). Ob ein privater Kostenträger sie übernimmt, hängt vom – dem Behandelnden unbekannten – Versicherungsschutz des Patienten ab; die Klärung obliegt dem Patienten. Ziffer 2.3 gilt entsprechend.

2.5 Zuzahlungen und Vergütungen für außervertragliche Leistungen sind nach jeder Behandlung fällig und bar oder per EC-Karte zu zahlen.

[1] Das generische Maskulinum wird nur zur besseren Lesbarkeit verwendet; gemeint sind Personen jeglichen Geschlechts.

3. Behandlungsumfang, Delegation

3.1 Der Behandlungsumfang wird vom Behandelnden im Einvernehmen mit dem Patienten bzw. dessen Vertreter nach den podologischen Erfordernissen festgelegt. Die Planung setzt diagnostische Maßnahmen voraus, die zur Erfolgssicherung auch während der Behandlung regelmäßig notwendig sind. Besteht keine Absicherung über die GKV, trägt deren Kosten ggf. der Vertragspartner.

3.2 Der Patient ist einverstanden, dass delegationsfähige Teile der Behandlung von entsprechend qualifizierten Mitarbeitern erbracht werden, die der Behandelnde anleitet und überwacht – nur soweit dies fachlich vertretbar ist.

4. Mitwirkung

4.1 Ohne Mitwirkung des Patienten ist eine podologische Behandlung nicht möglich. Der Patient verpflichtet sich, mitzuwirken, die Anweisungen des Behandelnden entsprechend seinen individuellen Möglichkeiten zu befolgen und alles zu unterlassen, was den Behandlungserfolg gefährdet. Er informiert den Behandelnden wahrheitsgemäß über Vorerkrankungen (insbesondere Diabetes, Durchblutungsstörungen), Medikamente (insbesondere Blutverdünner), Allergien und ansteckende Erkrankungen sowie über deren Änderungen.

4.2 Verletzt der Patient nachhaltig seine Mitwirkungspflichten, ist der Behandelnde zur Kündigung des Vertrages berechtigt.

5. Kündigung

Solange die Behandlung nicht abgeschlossen ist, muss die Kündigung in Textform erfolgen. Dies gilt auch im Fall des § 627 BGB.

6. Ausfallhonorar

Die Praxis ist eine Bestellpraxis: Termine sind fest vereinbart und für den Patienten reserviert. Der Patient verpflichtet sich, einen Termin bei Verhinderung **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**; die Absage ist telefonisch, auch per Anrufbeantworter, möglich. Wird ein Termin nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt, werden dem Patienten **40,00 €** in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar zahlt der Patient unabhängig von seiner Versicherung selbst; private oder gesetzliche Krankenkasse und Beihilfe erstatten es nicht. Dies gilt nicht, wenn der Patient nachweist, dass dem Behandelnden kein oder nur ein geringerer Schaden entstanden ist oder ihn am Versäumnis des Termins kein Verschulden trifft.

7. Patienteninformation zum Datenschutz

Die Patienteninformation zum Datenschutz (Blatt 2) habe ich **erhalten** und zur Kenntnis genommen.

_____

Unterschrift Patient bzw. Vertreter (Empfangsbestätigung)

8. Salvatorische Klausel

Ist oder wird eine Bestimmung unwirksam, bleibt der Vertrag im Übrigen wirksam; an ihre Stelle tritt die gesetzliche Regelung.

ANLAGE 1: VEREINBARTE AUSSERVERTRAGLICHE LEISTUNGEN

Leistung	Vergütung
Leistung	Vergütung
Leistung	Vergütung

Ort _____ Datum _____

Behandelnder / für die Praxis

Patient, ggf. Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

ANLAGE 2: PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) informieren wir Sie, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet, und welche Rechte Sie haben.

1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Podologie und med. Fußpflege Melanie Trebsdorf
Hohler Weg 26, 32760 Detmold
Tel. 05231 / 870111

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten: Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Behandler erheben. Auch andere Leistungserbringer, bei denen Sie in Behandlung sind, können uns hierfür Daten übermitteln (z. B. Arztbriefe). Im Einzelfall gehören dazu auch Lichtbilder über den Behandlungsverlauf.

Die Erhebung der Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung und für uns gesetzlich verpflichtend. Ohne die notwendigen Informationen ist eine sorgfältige Behandlung nicht möglich.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre Daten an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger können vor allem andere Heilmittelerbringer, Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und der Medizinische Dienst sein. Die Übermittlung dient überwiegend der Abrechnung sowie der Klärung medizinischer und versicherungsbezogener Fragen; im Einzelfall erfolgt sie an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre Daten nur so lange auf, wie es für die Behandlung erforderlich ist. Gesetzlich (§ 630f Abs. 3 BGB) sind wir verpflichtet, die Behandlungsdokumentation mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren; andere Vorschriften können längere Fristen vorsehen.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten, unter bestimmten Voraussetzungen außerdem auf Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit. Die Verarbeitung beruht auf gesetzlichen Regelungen; nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie dann für die Zukunft widerrufen können. Halten Sie die Verarbeitung für nicht rechtmäßig, können Sie sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2–4, 40213 Düsseldorf

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten ist Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DS-GVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BDSG, für Ihre Kontakt- und Abrechnungsdaten Art. 6 Abs. 1 Buchst. b und c DS-GVO. Bei Fragen wenden Sie sich gern an uns.

BEHANDLUNGSVERTRAG

MERKBLATT: DAS WICHTIGSTE AUF EINEN BLICK

Dieses Merkblatt fasst Ihren Behandlungsvertrag zusammen. Maßgeblich ist der von Ihnen unterschriebene Vertrag (Blatt 1), von dem Sie auf Wunsch eine Kopie erhalten.

Termine und Absagen

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis – Ihr Termin ist fest für Sie reserviert. Bitte sagen Sie bei Verhinderung **spätestens 24 Stunden vorher** telefonisch ab – gern auch auf unseren Anrufbeantworter. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen stellen wir Ihnen **40,00 €** Ausfallhonorar in Rechnung. Diesen Betrag erstattet keine Krankenkasse und keine Beihilfe. Er entfällt, wenn Sie nachweisen, dass uns kein oder nur ein geringerer Schaden entstanden ist oder Sie kein Verschulden trifft.

Gesetzlich versichert mit Verordnung

Sie zahlen die gesetzliche Zuzahlung: 10 % der Heilmittelkosten zzgl. Verordnungsblattgebühr je Verordnung in der jeweils gesetzlichen Höhe (derzeit 10,00 €). Die Krankenkasse übernimmt nur Leistungen aus ihrem Leistungskatalog.

Selbstzahler- und Zusatzleistungen

Für Privatpatienten, Selbstzahler und Leistungen außerhalb des Kassenkatalogs vereinbaren wir die Kosten vor der Behandlung (Anlage 1 des Vertrages). Ob und in welcher Höhe Ihre Versicherung oder Beihilfe erstattet, klären Sie bitte selbst – eine Erstattung können wir nicht garantieren. Zuzahlungen und Selbstzahlerleistungen begleichen Sie bitte direkt nach jeder Behandlung bar oder per EC-Karte.

Ihre Mitwirkung

Der Behandlungserfolg hängt auch von Ihnen ab. Bitte befolgen Sie unsere Anweisungen im Rahmen Ihrer Möglichkeiten und vermeiden Sie alles, was den Erfolg der Behandlung gefährdet. Informieren Sie uns bitte über Vorerkrankungen (z. B. Diabetes), Medikamente (z. B. Blutverdünner), Allergien, ansteckende Erkrankungen und jede Änderung.

Kündigung

Eine Kündigung des Vertrages während der laufenden Behandlung muss in Textform erfolgen (z. B. Brief oder E-Mail).

Datenschutz

Wie wir mit Ihren Daten umgehen, lesen Sie auf der Rückseite dieses Blattes.

So erreichen Sie uns
Podologie und med. Fußpflege Melanie Trebsdorf
Hohler Weg 26, 32760 Detmold
Tel. 05231 / 870111