

**Behandlungsvertrag für privat Versicherte (Kinder)**

Zwischen

**der Praxis für Ergotherapie Julia Bauschke, Heinersdorfer Str. 39 13086 Berlin/  
Scherenbergstr. 25, 10439 Berlin**

und

**Vor- und Nachname des Kindes:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

**gesetzlich vertreten durch die Eltern/ Erziehungsberechtigten**  
- im Nachfolgenden „Patient“ genannt -

und

**Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte(r) 1:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

**Telefonnummer:**

**Mail-Adresse:**

und

**Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte(r) 2:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

**Telefonnummer:**

**Mail-Adresse:**

- im Nachfolgenden „Erziehungsberechtigte“ genannt -

wird nachfolgender

# Behandlungsvertrag

geschlossen:

1. Der Patient ist privat krankenversichert bei der .....  
(Name der Versicherungsgesellschaft), Versicherungs-Nr.: .....  
(Nummer der Police, falls bekannt). Es liegt eine aktuelle ärztliche Verordnung über eine ergotherapeutische Behandlung vom.....(Ausstellungsdatum der Verordnung) vor. Sollte zum ersten Behandlungstermin keine aktuelle Verordnung vorliegen, trägt der Patient die Kosten der Behandlungseinheit in voller Höhe selbst.

Soll die ergotherapeutische Behandlung danach in der Praxis fortgesetzt werden, wird der Patient die entsprechende aktuelle ärztliche Verordnung 14 Tage vor dem ersten Termin der neuen Verordnung vorlegen. Auch auf diese Fortsetzung finden die vorliegenden Vereinbarungen Anwendung.

2. Die Praxis verpflichtet sich, den Patienten gemäß der ärztlichen Verordnung nach den zum heutigen Zeitpunkt bestehenden, allgemeinen anerkannten therapeutischen Standards zu behandeln.

3. Dem Patienten und den Erziehungsberechtigten ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung durch die kostenerstattenden Stellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die Praxis weist in der gesondert ausgehändigten **Honorarvereinbarung** darauf hin, welche Behandlungskosten entstehen werden. Die Praxis behält sich vor Zwischenrechnungen zu erstellen.

**Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung/der Beihilfe verpflichten sich Patient und Erziehungsberechtigte, an die Praxis für Ergotherapie für die unter Ziffer 2 vereinbarte Behandlung eine Vergütung der von ihnen gewünschten ergotherapeutischen Behandlungen als Gesamtschuldner zu bezahlen.**

4. Der Patient und der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigen, dass sie zu Beginn der Behandlung von der Praxis über alle für die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden sind, insbesondere über die Diagnose, die voraussichtlich die gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Der Patient und der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigen, dass sie insbesondere über die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten der Therapie aufgeklärt worden sind.

5. Die Praxis vergibt Termine ausschließlich für den Patienten. Der Patient hat den vereinbarten Termin daher grundsätzlich auch wahrzunehmen. Kann ein Termin aus einem wichtigen Grund (z.B. Krankheit) nicht wahrgenommen werden, muss der Patient bzw. der/die Erziehungsberechtigte(n) dies umgehend, spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin gegenüber der Praxis mitteilen. Bei nicht entschuldigtem Terminen wird nach § 615 BGB eine Ausfallgebühr in Höhe von 45 Euro in Rechnung gestellt. Wird ein Termin zwei Mal in Folge unentschuldig nicht wahrgenommen, wird dieser Termin an einen anderen Patienten vergeben. Bei weiter bestehendem Therapiebedarf wendet sich der Patient sowie der/die Erziehungsberechtigten an die Praxis, um erneut auf die Warteliste aufgenommen zu werden.

6. Der Patient und der/die Erziehungsberechtigte(n) erklären hiermit ausdrücklich ihre Einwilligung zur Durchführung der Behandlung gemäß der ärztlichen Verordnung durch die Praxis.

7. Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht: Der Patient sowie der/die Erziehungs-

berechtigte(n) sind damit einverstanden, dass personen- und behandlungsbezogene Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen ohne Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben.

Es wird einer Weitergabe der Daten zum interdisziplinären/fachübergreifenden Austausch mit der verordnenden Arztpraxis und behandelnden Therapeuten sowie ausschließlich abrechnungsbezogener Daten an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum zugestimmt.

Diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ihre Gültigkeit erlischt mit dem Ende der Behandlung bzw. der Abrechnung de Verordnung.

**8. Foto- und Videoaufnahmen:** Fotos und Videos dürfen zu Dokumentationszwecken und zur Befundanalyse innerhalb der Einrichtung verwendet werden. Sie dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Davon abweichende Modalitäten bedürfen der Schriftform.

**9. Therapieberichte:** Die vom behandelnden Arzt/Ärztin angeforderten Therapieberichte dürfen via Mail und/oder Fax übermittelt werden. Für den Faxversand nutzt die Praxis die Homepage [simple-fax.de](http://simple-fax.de).

Berlin, den .....

.....  
(Unterschrift Patient\*in)

.....  
(Unterschrift/en Erziehungsberechtigte/r)

.....  
(Unterschrift Praxis)



## Informationen zur elektronischen Speicherung Ihrer Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der Behandlung in unserer therapeutischen Praxis können Sie alle Fragen hinsichtlich Ihrer gesundheitlichen Situation mit ausgebildeten Therapeuten besprechen. Die Informationen, die Sie dabei über sich machen, behandeln wir selbstverständlich vertraulich und geben Sie in keinem Fall an unberechtigte Dritte weiter. Alle Personen unserer Praxis, die mit Ihrer Betreuung befasst sind, unterliegen außerdem der gesetzlichen Schweigepflicht.

Damit wir Sie jederzeit optimal betreuen können, erfassen wir Ihre persönlichen Angaben sowie den Behandlungs- und Therapieverlauf elektronisch mit der Software MediFox therapie. Diese nutzen wir auch zur späteren Abrechnung mit den Kostenträgern.

MediFox therapie wird von der MediFox GmbH (Junkersstraße 1, 31137 Hildesheim) entwickelt und vertrieben. Die eingegebenen Daten werden auf einem von der CSN AG (Taubental 25, 41468 Neuss) betriebenen Cloudserver in Deutschland gespeichert. Die Mitarbeiter der MediFox GmbH und der CSN AG haben nicht das Recht, Ihre Daten einzusehen. Es besteht jedoch eine theoretische Zugriffsmöglichkeit im Rahmen von Wartungs-, Konfigurations- oder Reparaturarbeiten an Hard- und Software.

Daten, die im Rahmen der elektronischen Medienverwaltung gespeichert werden, werden auf Servern der Microsoft Cloud Deutschland gespeichert. Diese Server werden von der T-Systems International GmbH betrieben. Die T-Systems International GmbH, eine Tochtergesellschaft der Deutschen Telekom und ein deutsches Unternehmen mit Sitz in Deutschland, agiert als Datentreuhänder.

Wir benötigen daher zur rechtlichen Absicherung Ihr schriftliches Einverständnis zur Dateneingabe in die Software MediFox therapie und möchten Sie bitten, die untenstehende Erklärung zu unterschreiben.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Ihr Praxisteam

### Einverständniserklärung

Ich willige ein, dass die Informationen, die ich im Rahmen meiner therapeutischen Behandlung weitergebe, in die Software MediFox therapie eingegeben und auf dem o.g. Cloudserver gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden keine neuen Daten mehr eingegeben und die bislang gespeicherten Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

---

Datum, Name des Patienten/der Patientin

## Einwilligungserklärung

Ihre Praxis Julia Bauschke Praxis für Ergotherapie tritt die Rechnungsforderungen an die BFS Abrechnungs GmbH, Lavesstraße 12, 31137 Hildesheim als Abrechnungsdienstleister ab.

Das bedeutet, dass die BFS Abrechnungs GmbH für Ihre Praxis auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen übernimmt. Die BFS Abrechnungs GmbH ist mit dem Institutionskennzeichen 660320132 als Abrechnungsstelle im Gesundheitswesen registriert.

Dabei werden auch personenbezogene und solche Daten, die der Schweigepflicht unterliegen, an die BFS Abrechnungs GmbH übermittelt. Die Mitarbeiter der BFS Abrechnungs GmbH wurden ausdrücklich zur Verschwiegenheit und auf das Datengeheimnis verpflichtet und werden Ihre Daten ausschließlich zur Geltendmachung der abgetretenen Forderungen verarbeiten. Weitere Informationen stellt Ihnen die BFS Abrechnungs GmbH unter [www.bfs-abrechnung.de](http://www.bfs-abrechnung.de) zur Verfügung.

Die BFS Abrechnungs GmbH macht den Rechnungsbetrag also eigenständig bei den Kostenträgern geltend. Zusätzliche Kosten entstehen Ihnen durch diese Forderungsabtretung natürlich nicht.

### **Einwilligungserklärung**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch die Abtretung der Rechnungsforderung zu meiner Person an die BFS Abrechnungs GmbH, Lavesstraße 12, Hildesheim, auch folgende Daten übermittelt werden, die für die Geltendmachung bei den Kostenträgern erforderlich sind: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Behandlungszeiträume und Heilmittelleistungen.

Ich stimme sowohl der Forderungsabtretung als auch der damit einhergehenden Datenübermittlung an die BFS Abrechnungs GmbH zu und entbinde meinen Leistungserbringer insoweit von der gesetzlichen Schweigepflicht. Im Rahmen einer eventuellen Auseinandersetzung kann dieser als Zeuge gehört werden.

Diese Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sämtliche Daten, die keiner gesetzlichen Aufbewahrungsfrist mehr unterliegen, werden nach dem Widerruf unverzüglich bei der BFS Abrechnungs GmbH gelöscht.

-----  
Datum, Unterschrift