

# Therapievereinbarung - Physiotherapie Karin Mattes, Bsc

## Allgemeine Geschäftsbedingungen und Datenschutzinformation

### Worauf müssen Sie vor Behandlungsbeginn achten?

#### ➤ I.1. Ärztliche Verordnung:

Für Ihre Behandlung benötigen Sie eine **ärztliche Verordnung** (Hausarzt, Facharzt). Folgendes muss die Verordnung neben den persönlichen Daten **beinhalten**:

- medizinische Diagnose
- Anzahl der Behandlungseinheiten
- verordnete Behandlung (zB Physiotherapie, Heilgymnastik)
- Hausbesuch, wenn zutreffend

Wenn Sie die physiotherapeutische Leistung ausschließlich zur Prävention in Anspruch nehmen, kann von einer ärztlichen Verordnung Abstand genommen werden.

#### ➤ I.2. Verrechnung der Behandlungskosten

**Höhe der Kosten:** Die Kosten bemessen sich aus **Einzelleistung, benötigter Zeit und eventuell für die Behandlung benötigtes Material**. Die Kosten werden Ihnen zu Beginn der Behandlung mitgeteilt.

**Tarife für das Jahr 2024:** 30 min .....56€  
45 min .....84 €  
60 min .....112 €  
Hausbesuch .....plus 28 € bzw. 38 € bei einer Wegzeit länger als 20 Minuten.  
plus € 0,34 / km, (wird von ÖGK und SVS rückerstattet)

Ihre Physiotherapeutin hat **keinen** Vertrag mit Ihrem Krankenversicherungsträger. Sie begleichen die Kosten mit Ihrer behandelnden Physiotherapeutin und suchen bei Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger um teilweisen **Rückersatz** gemäß dem Kassentarif an (mit der genehmigten Verordnung und der bezahlten Honorarnote).

**Zahlungsmodus:** Ihre Physiotherapeutin stellt Ihnen nach der Behandlung eine **Honorarnote** über die Kosten der Behandlungssitzung aus. Auf Wunsch kann für eine Behandlungsserie von zB zehn Behandlungen eine gesammelte Honorarnote ausgestellt werden. Als Zahlungsmodus können Sie mit Ihrer Physiotherapeutin sofortige Barzahlung oder Zahlung mit Erlagschein vereinbaren (Zahlungsfrist 10 Tage ab Rechnungsstellung). Geraten Sie mit der vereinbarten Zahlungsmodalität in **Verzug**, behält sich Ihre Physiotherapeutin das Recht vor, Verzugszinsen in der gesetzlich zulässigen Höhe von 4% in Rechnung zu stellen.

#### ➤ I.3. Chefärztliche Genehmigung Ihres Krankenversicherungsträgers

Ihr Krankenversicherungsträger übernimmt eventuell einen Teil der Behandlungskosten. Dazu benötigen Sie eine **Bewilligung** der ärztlichen Verordnung durch die **chefärztliche Abteilung** Ihrer zuständigen Krankenversicherung. Damit bewilligt der Krankenversicherungsträger die Rückerstattung der anteiligen Kosten nach erfolgter Durchführung der Behandlung. Dies ist *derzeit bei ÖGK und BVAEB nicht nötig*.

#### ➤ I.4. Befunde

Eine fachgerechte Behandlung erfordert eine ausführliche Erstbegutachtung. Dabei ist Ihre Physiotherapeutin auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bringen Sie daher bitte **zum ersten Termin alle relevanten Befunde mit**.

## II Wie gestaltet sich der Ablauf der Therapie?

#### ➤ II.1. Persönliche Einzelbetreuung

Ihre Physiotherapeutin steht für die Dauer der Behandlung ausschließlich Ihnen zur Verfügung. Sie ist Ihr Ansprechpartner in organisatorischen und fachlichen Fragen der Behandlung. Mit ihr **vereinbaren** Sie die für Sie **wichtigen Bereiche** wie.....

- Behandlungsziel
- Maßnahmen der Behandlung
- Behandlungstermine
- Behandlungsdauer
- Behandlungsfrequenz
- Kosten der Behandlung

#### ➤ II.2. Ihre Behandlung

Die Leistung Ihrer Physiotherapeutin setzt sich zusammen aus allen unmittelbar mit und für Sie **erbrachten Maßnahmen** wie insbesondere

- persönliche individuelle Behandlung inklusive Befunderhebung und Beratung
- behandlungsbezogene Administration
- für die Behandlung notwendige Vor- und Nachbereitung & Dokumentation
- Verfassen von individuellen Befunden zur Vorlage bei diversen Stellen wie zB behandelndem Arzt und Versicherungsträgern.

### ➤ II.3. Grundsätze der Behandlung

- Die Behandlung erfolgt in Übereinstimmung mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in der geltenden Fassung.
- Ihre Therapeutin orientiert sich an **aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen**.
- **Selbstbestimmung:** Ihre Therapeutin unterbreitet Ihnen auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und der Erstbegutachtung einen Behandlungsvorschlag. Es obliegt Ihnen dieses Angebot anzunehmen oder Anpassungen mit Ihrer Therapeutin abzusprechen.
- **Verschwiegenheit:** Alle Informationen, die Sie Ihrer Physiotherapeutin geben unterliegen der absoluten Verschwiegenheitspflicht. Ohne Ihr Wollen werden diese Informationen keiner anderen Person weitergegeben. Sollte sich eine Informationsweitergabe aus medizinisch-therapeutischen Gründen als sinnvoll und notwendig erweisen, wird sich Ihre Physiotherapeutin mit Ihnen darüber beraten. Dasselbe gilt für die aus gesetzlichen Gründen verpflichtende Dokumentation.

### ➤ II.4. Dokumentation

Ihre Physiotherapeutin ist gesetzlich zur Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen verpflichtet. Die Dokumentation steht im Eigentum Ihrer Physiotherapeutin. Auf Ihr Verlangen können Sie **Einsicht** in die Dokumentation nehmen und gegen Kostenersatz Kopien erhalten. Nach Beendigung der Behandlung verbleibt die Dokumentation bei Ihrer Physiotherapeutin.

### ➤ II.5. Abschlussbericht

Ich behalte mir vor am Ende der Therapie einen Abschlussbericht an die/den zuweisende/n Ärztin/Arzt zu senden.

## III Was ist Ihr Anteil an einer erfolgreichen Behandlung?

Eine erfolgreiche Behandlung setzt voraus, dass Sie Ihrer Physiotherapeutin **Auskunft** geben über:

- Ihren Gesundheitszustand
- bisher vorgenommene Untersuchungen und Behandlungen

Ihre Physiotherapeutin unterstützt Sie dabei durch gezielte Fragestellungen.

Ihre **Mithilfe** ist für einen bestmöglichen Behandlungserfolg unentbehrlich:

- tragen adäquater Kleidung
- befolgen bestimmter Handlungsanleitungen
- wiederholen erlernter Übungen
- unterlassen gewisser Handlungen

Erhält Ihre Physiotherapeutin den Eindruck, dass der Behandlungserfolg z.B. mangels Ihrer Mithilfe nicht erreichbar erscheint, wird Sie Ihre Physiotherapeutin darauf ansprechen und versuchen, eine Lösung anzubieten.

## IV Wie sagen Sie einen vereinbarten Behandlungstermin ab?

Können Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen, werden Sie ersucht, dies unverzüglich – **spätestens aber werktags 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** - Ihrer Physiotherapeutin telefonisch mitzuteilen (**0664 4235183**).

Andernfalls behält sich Ihre Physiotherapeutin das Recht vor, die für Sie reservierte Zeit **in Rechnung zu stellen**. Diese Kosten können nicht beim Krankenversicherungsträger geltend gemacht werden.

## V Wann endet die Behandlung?

Die **ärztliche Verordnung** begrenzt den Umfang der Behandlung.

Sollte die Behandlung darüber hinaus notwendig sein, benötigen Sie eine neue ärztliche Verordnung.

Die Behandlung endet üblicherweise **im Einvernehmen** zwischen Ihnen und Ihrer Physiotherapeutin. Sowohl Ihnen als auch Ihrer Physiotherapeutin steht es frei, die Behandlung **jederzeit** und ohne Angabe von Gründen **abzubrechen**. Ihre Therapeutin wird sich insbesondere zum Abbruch entscheiden, wenn:

- die Behandlung nicht zum gewünschten bzw. vereinbarten Erfolg führt
- andere Behandlungsmaßnahmen angezeigt sind
- die Behandlung aus therapeutischer Sicht nicht mehr verantwortbar ist
- Sie den vereinbarten Zahlungsmodus nicht einhalten.

Bei vorzeitiger Beendigung gelangen jene Behandlungssitzungen zur Verrechnung, die Sie tatsächlich in Anspruch genommen haben. Eine Ausnahme stellen nicht rechtzeitig abgesagte Termine dar (siehe dazu oben).

## VI Unterschrift Herr / Frau \_\_\_\_\_

Ich akzeptiere die Therapievereinbarung und die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## VII Datenerfassung, -verarbeitung und -weitergabe

Karin Mattes, BSc  
Anningerstraße 4-6/1/9, 2340 Mödling

*speichert und verarbeitet in elektronischer und/oder Papierform folgende Daten:*

- Die von Ihnen bekannt gegebenen Kontaktinformationen bis Behandlungsende.  
Im Fall optionaler Nachsorgetermine bis maximal ein Jahr nach dem letzten Termin.
- Die ärztliche Physiotherapie-Anordnung (gemäß MTD-Gesetz §2 Abs. 1) für 10 Jahre
- Im Zuge der Behandlung aufgezeichnete Dokumentation und kopierte Befunde zur Erfüllung der Maßnahmen-Dokumentationspflicht (MTD-Gesetz § 11a), sowie für ev. Haftungsansprüche (§ 13 PHG) und Entschädigungsklagen (§1489 ABGB) 10 Jahre
- Die an Sie ausgestellten Honorarnoten zur Erfüllung der Vertragspflicht (MTD-Gesetz §7b) und der Aufbewahrungspflicht für die Dauer von 7 Jahren (Umsatzsteuergesetz §11 Abs. 2), bei aktuellen Vorfällen, Verfahren oder Prüfungen darüber hinaus.

*Alle persönlichen Angaben werden nach der DSGVO (Regulation EU 2016/679) und den österreichischen Anpassungsgesetzen vertraulich behandelt.*

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>

*Sie, Ihre gesetzliche Vertretung bzw. Bevollmächtigte haben das Recht auf jederzeitigen, kostenlosen Widerruf Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und -verwendung. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch Ihrer Daten, sowie auf Beschwerden bei einer Aufsichtsbehörde.*

*Die obigen Daten sind zur Erfüllung der Berufspflicht erforderlich. Wenn Sie Ihre Einwilligung innerhalb des Behandlungszeitraums nicht geben bzw. widerrufen, endet die Behandlung.*

### Freiwillige Einwilligung in die Datenerfassung und Verarbeitung

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_.

Name Patient\*in \_\_\_\_\_

Adresse Patient\*in \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

*Wünschen Sie eine Übermittlung der Dokumentation an **Angehörige, Betreuungspersonen, Gesundheitsberufe oder Sozialversicherungsträger** (Auskunftspflicht MTD-Gesetz §11b und Verschwiegenheitspflicht MTD-Gesetz §11c), geben Sie bitte Ihre ausdrückliche Einwilligung:*

### Freiwillige Einwilligung in die Datenweitergabe (an Arzt, ... oder Angehörige)

*(zB Abschlussbericht, Rückfrage, Vermittlung für Hilfsmittel, Kommunikation über Gesundheitszustand, ...)*

Ich wünsche eine Übermittlung von \_\_\_\_\_

an \_\_\_\_\_ zu folgendem Zweck \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_.

Name Patient\*in \_\_\_\_\_

Adresse Patient\*in \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_