

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die nachstehenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGBs) betreffen alle Leistungen und sonstigen Vereinbarungen zwischen Martin Fäulhammer BSc, Physiotherapeut – und der/dem Leistungsempfänger*in (Patient*in) **in der Physiotherapiepraxis MedTeam, Fäulhammer Martin, BSc, Landstraßer Hauptstraße 67/Stiege 2/3. Stock, 1030 Wien oder Peter-Jordan-Straße 64, 1190 Wien**. Sämtliche von diesen AGBs abweichenden Vereinbarungen bedürfen unbedingt der Schriftform.

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

1.a. Ärztliche Verordnung

Für Ihre Behandlung benötigen Sie eine ärztliche Verordnung **VOR Behandlungsbeginn**. Die Verordnung muss neben persönlichen Daten, eine medizinische Diagnose, die Anzahl und Dauer der Behandlungseinheiten, sowie die verordnete Behandlung beinhalten.

1.b. Prävention (Vorbeugung)

Vom Erfordernis einer ärztlichen Verordnung kann nur Abstand genommen werden, wenn Sie die Leistung ausschließlich zur Prävention in Anspruch nehmen. Präventive Leistungen dürfen berufsrechtlich nur an gesunden Personen erbracht werden. Sollten Sie Schmerzen haben, oder sollten Ihnen andere behandlungsbedürftige Leiden bekannt sein, sind Sie verpflichtet Ihrem Physiotherapeuten diese umgehend mitzuteilen. Die/der Patient*in verpflichtet sich mir gegenüber zur wahrheitsgemäßen Auskunft über seinen/ihren Gesundheitszustand. Die/der Patient*in verpflichtet sich weiters selbstständig und vor jeder Behandlung über allfällige Veränderungen ihres/seines Gesundheitszustandes zu berichten. Sämtliche im Rahmen von Behandlungen/Therapien erlangten Informationen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht durch den Physiotherapeuten.

2. Verrechnung

Die Kosten für die physiotherapeutische Behandlung beträgt bei **45 min € 100,-** bleiben jedoch stets freistehend und unverbindlich. Alle genannten Preise sind Endpreise und gemäß §6 Abs.1Z19 USTG umsatzsteuerbefreit. Sie begleichen die Kosten mit Ihrem Physiotherapeuten als Wahltherapeut und können bei Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger um teilweise Rückerstattung gemäß dem Kassentarif ansuchen. Für das Einreichen bei der Krankenkasse ist die/der Patient*in verantwortlich. Damit Ihr Krankenversicherungsträger einen Teil der Behandlungskosten übernimmt, benötigen Sie eine Bewilligung der ärztlichen Verordnung durch die chefärztliche Abteilung Ihrer zuständigen Krankenversicherung mit Stempeldatum vor Beginn der ersten Therapie der Behandlungsserie. Bitte reichen Sie nach abgeschlossener Behandlung die Honorarnote und den bewilligten Originalverordnungsschein bei Ihrer Krankenkasse ein. Genaueres zum Kassentarif erfahren Sie bei Ihrem Sozialversicherungsträger.

3. Zahlungsmodus

Bezahlt wird immer direkt nach der Therapie in bar oder per Überweisung auf mein Konto **IBAN AT37 2011 1848 8058 3400**. Sie erhalten nach jeder Barzahlung eine Honorarnote mit dem Vermerk „**Betrag dankend erhalten**“. Bei Überweisung erhalten Sie eine Honorarnote mit dem Vermerk „**Ich ersuche Sie um Zahlung nach Erhalt der Rechnung**“.

4. Befunde

Eine fachgerechte Behandlung erfordert eine ausführliche Erstbegutachtung. Dabei bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Sie werden gebeten, zum ersten Termin alle relevanten Befunde mitzubringen.

5. Haftung

Die Haftung des Physiotherapeuten für sämtliche Schäden, die dem Auftraggeber aufgrund der Nichtbeachtung dieser AGBs, oder durch eigenes Verschulden des Auftraggebers entstehen, ist ausgeschlossen. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass für nicht erbrachte bzw. falsche Informationen Ihrerseits ebenfalls keine Haftung übernommen werden kann.

6. Vereinbarten Behandlungstermin absagen

Können Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen, werden Sie ersucht, dies unverzüglich - spätestens aber **werktags 24 Stunden / an Sonn- und Feiertagen 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin** - Ihrem Physiotherapeuten mitzuteilen. Andernfalls behält sich Ihr Physiotherapeut das Recht vor, den nicht wahrgenommenen Termin in der Höhe jener **Kosten**, die Sie auch bei durchgeführter Behandlung zu zahlen gehabt hätten, **in Rechnung zu stellen**. Diese Kosten können nicht beim Krankenversicherungsträger geltend gemacht werden.

7. Datenverarbeitung

Ich weise darauf hin, dass zum Zweck der Dokumentation und für den Nachweis der Einwilligung die erhobenen Daten von Ihnen gespeichert werden müssen (**Name, Versicherungsnummer, Anschrift, Befunde, Überweisungen, Dokumentationsinformationen**).

Die von Ihnen bereitgestellten Daten sind notwendig, um eine Behandlung durchführen zu können und daher erforderlich. Ohne diese Daten darf keine Behandlung erfolgen. Diese Daten müssen 10 Jahre gespeichert werden. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, ausgenommen im Versicherungsfall und nach Ihrer Einwilligung. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis der gesetzlichen Bestimmungen des §96 Abs 3 TKG sowie des Art 6 Abs 1 lit a (Einwilligung) und/oder lit b (notwendig zur Vertragserfüllung) des DSGVO. **Telefonnummer** und **E-Mail** werden zur erleichterten Kontaktaufnahme aufgenommen. Diese müssen jedoch nicht von Ihnen angeführt werden, wenn Sie dies nicht möchten.

Weiters gebe ich das Einverständnis zur Datenverarbeitung.

Name Patient*in in Blockbuchstaben

Datum, Unterschrift Patient*in

Adresse:	
Telefon/e-Mail:	
Versicherungsnr.:	