

Anmeldeformular

Nachname		
Vorname		
Geburtstag		
PLZ /Wohnort		
Straße /Hausnummer		
E-Mail		
Telefon privat		
Mobiltelefon		
Versicherung		<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat

Wir bitten Sie, folgende Vereinbarung zu lesen und zu bestätigen:

- Ihre Termine müssen bei Verhinderung **mindestens 24 Stunden vorher abgesagt** werden (für abgesagte Termine nach Sonn- und Feiertagen mindestens **48 Stunden** vorher). Sofern der Termin nicht wieder neu besetzt werden kann, wird dieser zum Kassentarif oder entsprechend der Privatsätze der Praxis in Rechnung gestellt (bitte dokumentieren Sie Ihre Absage für evtl. Rückfragen). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kosten eines solchen Termins nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.
- Die **Gültigkeit** einer Heilmittelverordnung ist **begrenzt** und unterliegt gesetzlichen Fristen. Bitte informieren Sie sich in der Praxis über die entsprechenden Regularien Ihrer Verordnung. Bei Überschreitung der Fristen verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- Bitte melden Sie sich **10 Minuten** vor Ihrer **ersten Behandlung** an der Rezeption.
- Die Patientendaten werden EDV-organisatorisch gespeichert und praxisintern genutzt. Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte dem Aushang zum Datenschutz und der Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung.
- Die Entscheidung für die Behandlung in der Praxis erfolgte freiwillig.
- Für gesetzlich versicherte Patient*innen fällt eine vorgeschriebene Zuzahlung zu den Behandlungskosten an. Diese wird von der Praxis nach dem Einreichen Ihres Rezeptes berechnet.
- Im Falle einer Blankoverordnung kann die Zuzahlung erst nach Beendigung des Rezeptes berechnet werden. Die Höhe der Zuzahlung ist dabei abhängig von den tatsächlich durchgeführten Behandlungen und kann variieren. Eine frühzeitige, exakte Mitteilung über die Höhe der Zuzahlung ist in diesem Fall nicht möglich. Gerne informieren wir Sie aber vorab über die Vergleichswerte.
- Sofern Sie Ihre Rezeptleistungen vorzeitig abbrechen, haben Sie das Recht auf eine anteilige Rückerstattung Ihrer Zuzahlung. Diese muss von Ihnen in der Praxis schriftlich eingefordert werden.

Obengenanntes habe ich gelesen und bestätige dieses mit dem heutigen Datum, meinem Namen/meiner Unterschrift und der Absendung dieses Formulars an die Praxis Impulse (Pflichtfeld).

Datum: Unterschrift:

Hiermit erteile ich der Praxis die ausdrückliche Genehmigung, meine oben genannte E-Mail Adresse zwecks **Terminbestätigungen** und **Rechnungsempfang** nutzen zu dürfen.

☐ Ja

Hiermit erteile ich der Praxis die ausdrückliche Genehmigung, meine oben genannte E-Mail Adresse für ihren kostenlosen **Gesundheitsnewsletter** nutzen zu dürfen.

☐ Ja

Diese Genehmigungen kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich erteile meine Einwilligung, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrags, Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, therapeutische Dokumentation, Erstellen von Behandlungsberichten. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den Überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu den oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen des vorstehenden genannten Zwecks erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden;
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann oder nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann;
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen und die Richtigkeit zu überprüfen;
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen;
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Impulse Therapiezentren Holding GmbH, Werner-Bock-Str. 20, 33602 Bielefeld

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und, falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den **„Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“** habe ich gelesen und verstanden.

Obengenanntes habe ich gelesen und bestätige dieses mit dem heutigen Datum, meinem Namen/meiner Unterschrift und der Absendung dieses Formulars an die Praxis Impulse.

Datum:

Unterschrift:

Behandlungsvertrag für Patienten ohne ärztliche Verordnung (sektorale Heilpraktiker-Erlaubnis) und Privatversicherte

Wir bitten Sie, folgende Vereinbarung zu lesen und zu bestätigen:

1. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.
2. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie die Praxis Impulse von dessen Schweigepflicht gegenüber dem überweisenden Arzt/Ärzten zwecks Therapieberichten, Befunden, Behandlungsverläufen und Therapieinhalten. Die Erklärung kann von Ihnen zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt schriftlich widerrufen werden, falls dies gewünscht wird.
3. Die Kosten für die durchzuführenden therapeutischen Heilbehandlungsmaßnahmen werden Ihnen möglicherweise von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet. Bitte sprechen Sie daher ggf. vor Behandlungsbeginn mit Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über eine mögliche Kostenerstattung. Wir bitten um Kenntnisnahme, dass unsere Vergütungssätze und die Erstattungssätze Ihrer Krankenversicherung nicht zwingend übereinstimmen müssen. Unsere Vergütungssätze gelten als vereinbart, auch wenn keine oder nur eine Teilerstattung durch die Versicherung erfolgt.
4. Im Rahmen des Ersttermins wird umfassend und verständlich über die therapeutische Diagnose sowie über die Notwendigkeit, Eignung, Art und Durchführung, Erfolgsaussichten, zu erwartende Folgen, Risiken und Umfang der geplanten Therapie aufgeklärt. Ebenfalls wird über die zu ergreifenden Maßnahmen während und nach der Therapie informiert. Sollten im Laufe der folgenden Behandlungseinheiten Änderungen eintreten bzw. konkrete Risiken entstehen, erfolgt eine ergänzende mündliche Aufklärung.

Durch eine Behandlung mit manueller Therapie oder durch eine trainingstherapeutische Maßnahme kann es vereinzelt zu Folgeerscheinungen und Behandlungsreaktionen kommen (z.B. Schmerzen, Symptomverstärkung, Hämatome, vegetative Reaktionen, Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit etc.). Diese sind in den meisten Fällen physiologisch und regulieren sich im Normalfall nach einigen Tagen wieder von selbst. Hierüber werden Sie vor den jeweiligen Behandlungen vom Therapeuten informiert und aufgeklärt. Eine Haftung für solche Reaktionen durch die Praxis Impulse erfolgt nicht.

Behandlungsvertrag und Haftungsausschluss für **Dry Needling** Behandlung:

Auf besonderen Wunsch und nach vorheriger Aufklärung kann sich in unserer Therapiezentren einer „Dry Needling“ Behandlung unterzogen werden. Dabei handelt es sich um eine alternativmedizinische Methode, bei der spezielle Akupunkturnadeln in sogenannte myofasziale Triggerpunkte eingebracht werden, um Schmerzen und muskuläre Dysfunktionen zu behandeln.

Bitte beachten Sie folgende Punkte zu einer Behandlung mit Dry Needling (diese werden Ihnen vor Ihrer Behandlung auch noch einmal persönlich mitgeteilt und es besteht die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen).

Möglich Risiken und Nebenwirkungen:

- Schmerzen an der Einstichstelle
- Blutergüsse
- Schwindel oder Kreislaufreaktionen
- Verletzung von Nerven, Gefäßen oder Organen (selten)
- Infektionen (selten bei hygienischer Durchführung)

Es handelt sich beim Dry Needling um eine komplementäre, nicht schulmedizinisch anerkannte Methode, zu der es auch alternative Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Vor Ihrer Behandlung wird unser Therapeutenteam Sie nach möglichen Kontraindikationen befragen und eine Behandlung bei Eintreten dieser ggfs. ablehnen.

Der Behandler haftet nur für Schäden, die auf vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Pflichtverletzung beruhen. Eine weitergehende Haftung – insbesondere für typische Nebenwirkungen oder individuelle Unverträglichkeiten – ist ausgeschlossen, sofern diese nicht auf grober Fahrlässigkeit beruhen. Die Behandlung erfolgt auf ausdrücklichen Wunsch und in eigener Verantwortung des Patienten.

5. Es gelten folgende Vergütungssätze:

Physiotherapie:

Diagnostiktermin mit Befunderhebung, Untersuchung und Erstbehandlung (Durchführung über sektorale Heilpraktiker Erlaubnis)*	€ 76,80
Physiotherapeutische Diagnostik bei Blankoverordnungen	€ 38,40
Bedarfsdiagnostik	€ 31,00
Manuelle Therapie	€ 38,40
Manuelle Therapie in Doppelbehandlung	€ 76,80
Krankengymnastik am Gerät	€ 57,00
Krankengymnastik	€ 32,50
Krankengymnastik ZNS	€ 38,40
Krankengymnastik ZNS Kinder (U18)	€ 55,50
Krankengymnastik im Bewegungsbad	€ 40,50
Klassische Massagetherapie	€ 26,00
EAP (Erweiterte ambulante Physiotherapie)	€ 119,00
Eingangstestung EAP	€ 12,78
Ausgangstestung EAP	€ 12,78
Impulsezeit +	€ 16,20
Kraft- und Ausdauerstest	€ 69,00
Wärmepackung Naturfango Teilbehandlung	€ 36,20
Wärmepackung Naturfango Großbehandlung	€ 47,80
Manuelle Lymphdrainage Teilbehandlung	€ 40,00
Manuelle Lymphdrainage Großbehandlung	€ 53,00
Manuelle Lymphdrainage Ganzkörperbehandlung	€ 80,00
Wellnessmassage (60 Minuten)	€ 78,00
Wellnessmassage (30 Minuten)	€ 39,00
Physiotherapeutische Erstbefundung	€ 16,50
Ärztlich angeforderter ausführl. Therapiebericht	€ 66,10
Radiofrequenztherapie mit INDIBA 10 Minuten (Elektrotherapie)	€ 10,40
Radiofrequenztherapie mit INDIBA 20 Minuten (Elektrotherapie)	€ 38,40

Ergotherapie:

Funktionsanalyse - Erstgespräch/Anamnese	€ 49,60
Motorisch Funktionelle Einzeltherapie	€ 57,00
Sensomotorisch-perzeptive Einzeltherapie	€ 76,00
Psychisch-funktionelle Einzeltherapie	€ 102,00
Hirnleistungstraining Einzeltherapie	€ 57,00
Motorisch Funktionelle Parallelbehandlung	€ 45,60
Sensomotorisch-perzeptive Parallelbehandlung	€ 60,80
Psychisch-funktionelle Parallelbehandlung	€ 76,00
Hirnleistungstraining Parallelbehandlung	€ 45,60
Thermische Anwendung	€ 12,00

Osteopathie:

Osteopathie Ersttermin	€ 115,00
Osteopathie Folgetermin (60 Minuten)	€ 115,00
Osteopathie Folgetermin (40 Minuten)	€ 76,40
Dry Needling (im Rahmen eines Osteopathie Termines)	€ 15,00
Dry Needling Einzeltermin	€ 38,20

Logopädie:

Logopädische Erstdiagnostik	€ 120,00
Logopädische Bedarfsdiagnostik	€ 60,00
Logopädische Einzeltherapie (30 Minuten)	€ 57,00
Logopädische Einzeltherapie (45 Minuten)	€ 76,00
Logopädische Einzeltherapie (60 Minuten)	€ 105,00
Logopädische Gruppentherapie (40 Minuten)	€ 64,50
Logopädische Gruppentherapie (90 Minuten)	€ 117,30

Hausbesuch Privat: € 27,60

Hausbesuch Heim: € 18,00

Die Vergütungssätze für weitere, nicht aufgeführte Leistungen erfragen Sie bitte in der Praxis.

*Aufgrund der eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis (Fachheilpraktiker für Heilberufe), ist der Behandler/Untersucher zur Durchführung der Maßnahme auch ohne eine entsprechende ärztliche Verordnung legitimiert (Erstkontaktberechtigt). Alle oben aufgeführten Leistungen können zu genannten Vergütungssätzen auch im Anschluss an unseren Diagnosetermin vom Behandler/Untersucher in seiner Funktion als sektoraler Heilpraktiker für den Bereich der Physiotherapie privat verordnet und anschließend über die Praxis durchgeführt werden. Eine Erstattung der Leistungen durch eine private Krankenversicherung oder einer privaten Zusatzversicherung ist damit möglich.

Die im Behandlungsvertrag genannte Regelungen, Honorare, Aufklärungen und Hinweise zu Risiken und Nebenwirkungen einzelner Behandlungen habe ich gelesen und bin ausdrücklich damit einverstanden. Ich stimme einer Behandlung unter den oben genannten Voraussetzungen und Bedingungen ausdrücklich zu. Ich bestätige dieses mit dem heutigen Datum, meinem Namen, **meiner Unterschrift und/oder der Absendung dieses Formulars an die Praxis**. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich auf Wunsch erhalten.

Ihre **Rechnung** versenden wir generell als E-Mail-Anhang. Falls Sie sich eine postalische Zustellung wünschen, teilen Sie uns das bitte mit. Hierfür erheben wir dann eine Porto- und Bearbeitungsgebühr in Höhe von **2,50€** pro Brief.

Obengenanntes habe ich gelesen und bestätige dieses mit dem heutigen Datum, meinem Namen, meiner Unterschrift und/oder der Absendung dieses Formulars an die Praxis Impulse.

Datum:

Unterschrift:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?