



Informationsblatt – Allgemein

gültig ab 01. März 2025

1. Zum Ersttermin bitte folgendes mitbringen:

- Überweisung vom Facharzt, Hausarzt, Krankenhaus (zB 10 x Physiotherapie à 30 oder 45 min)
- falls vorhanden: Befunde und Bilder (Röntgen, CT, MRI, Krankenhaus-/Rehabericht, ...)
- bequeme Kleidung (bitte kurze Hose bei Beschwerden/Verletzungen der unteren Extremität)
- ein großes Handtuch
- Trainingspläne, Einlagen, Laufschuhe, wenn sie schon lange in Verwendung sind, ...
- **unterschiedenes Informationsblatt**

2. Trainingsraum/Trainingstherapie:

Sie können während der gesamten Behandlungszeit den Trainingsraum zu Praxisöffnungszeiten **gratis** benutzen.

Bitte halten Sie im Vorfeld kurz Rücksprache - Ein Training ohne Aufsicht ist aus rechtlichen Gründen strengstens untersagt.

Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin wird gemeinsam mit Ihnen einen Trainingsplan erstellen bzw. einen bestehenden Plan ggf. adaptieren und diesen bestens an Ihre Bedürfnisse anpassen.

Die Trainingsräume dürfen nur mit sauberen Schuhen betreten werden. Dusch- und Umkleemöglichkeiten sind vorhanden und dürfen gerne genutzt werden.

Wenn Sie den Trainingsraum nach Abschluss der Behandlungen weiter nützen wollen, können Sie gerne eine Blockkarte erwerben. Nähere Infos erhalten Sie bei Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin.

3. Terminabsagen:

Bitte haben Sie Verständnis, dass Therapien, die nicht mindestens **24 Stunden vorher** abgesagt werden, zur Gänze verrechnet werden.

Absagen telefonisch oder via **SMS** unter **0676/9758262** bzw. per Mail an **praxis@physio-hatzmann.at**

4. Tarife/Kosten:

30 Minuten **59 €**

45 Minuten **88 €**

60 min **117 €**

Die Tarife verstehen sich als Pauschalpreise. Es fallen keine versteckten Kosten für Training, Tapeanlage, etwaige Bestätigungen, etc. an.

Je nach Krankenkasse werden 45-65 % des Betrages refundiert. Zusatzversicherungen decken meistens den Differenzbetrag.

Nähere Informationen und Details zur Rückerstattung entnehmen Sie bitte unserem Informationsblatt „Tarife und Rückerstattung“ im Wartebereich bzw. in den Behandlungsräumen oder direkt bei Ihrem Versicherungsträger. Das Formular zum Download sowie viele weitere Informationen finden Sie auf unserer Website **www.physio-hatzmann.at**

5. Zahlungsweise:

Sie erhalten am Ende der Behandlungsserie eine Honorarnote, die Sie bitte **umgehend** nach Erhalt via Erlagschein oder Online-Banking begleichen und dann bei der jeweiligen Krankenkasse gemeinsam mit der Einzahlungsbestätigung und der ärztlichen Überweisung einreichen können. Wir bitten um Verständnis, dass bei Zahlungsverzug Mahngebühren und Spesen verrechnet werden.

6. Datenschutz:

Die ab 25.Mai 2018 EU-weit geltenden neuen Datenschutzbestimmungen regeln den Umgang mit personenbezogenen Daten teilweise neu und führen zu einem erweiterten Schutz von sensiblen Daten, was besonders im Gesundheitsbereich von großer Bedeutung ist.

Es war schon bisher für unsere Praxis aufgrund des MTD-Gesetzes selbstverständlich, Ihre uns anvertrauten personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nur an Einrichtungen weiterzugeben, die diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben unbedingt benötigen, etwa zuweisende Ärzte und Krankenkassen. Wir verwenden auch in Zukunft die uns von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten ausschließlich zum Zwecke Ihrer Therapie.

Ich erkläre mich einverstanden, dass Sie die von mir zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten ausschließlich für die oben angeführten Zwecke und gemäß dem geltenden Datenschutzrecht verwenden. Des Weiteren bestätige ich mit meiner Unterschrift, die Inhalte aus Punkt 1 bis 6 gelesen zu haben und zu akzeptieren.

Mit der Zusendung der Honorarnote via Mail bin ich

einverstanden - *meine Emailadresse:*

nicht einverstanden

7. Übermittlung von PatientInnen Daten an ÄrztInnen oder medizinische Einrichtungen:

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Therapeut/meine behandelnde Therapeutin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an ÄrztInnen oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zwecke der Befunderstellung übermitteln darf.

einverstanden

nicht einverstanden

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Name in BLOCKBUCHSTABEN:

Gelesen und zur Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift