

Ihre Daten für die Therapie

Name/Vorname:	
Anschrift:	
Tel:	
Email:	
Hausarzt/Ärztin:	
Zuweisender Arzt/Ärztin (falls anders)	
Grund der Überweisung? Beschwerden?	
Was würden Sie gern wieder tun können? Was erwarten Sie von dieser Therapie?	
Wie sehr leiden Sie unter Ihren Beschwerden? (bewerten Sie auf einer Skala von 0-10. 0- überhaupt nicht; 10- massiv extrem stark)	
Zusätzlich – wichtige Informationen für die Therapie (andere Erkrankungen mit Relevanz für die Therapie, Allergien, Unverträglichkeiten ...)	

Ich habe die AGBs zur Kenntnis genommen.

Schwaz, am

Unterschrift des Patienten

AGBs Physiotherapie „Therapie-Schmidt“

Stand 01/2026

Sind Sie mit den folgenden Zwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wo Sie nicht einwilligen, können Sie diesen Teil auch durchstreichen.

☐ Ich willige ein, dass PT Nicole Schmidt die **personenbezogenen Daten** (z.B. Befunde, Patienteninformationen, Behandlungsinformationen) bei meinen Ärzten, Gesundheitsdienstleistern, Krankenanstalten usw. einholen und übermitteln darf.

☐ Ich wurde über die Tarifpositionen des Verordnungsscheins sowie die Rückerstattungstarife der Krankenkasse aufgeklärt. Für eine Physiotherapiestunde von **55-60 Min** berechne ich, Nicole Schmidt PT, **96 Euro**. Ich, Nicole Schmidt PT bin **Wahltherapeutin** und kann nicht direkt mit der Krankenkasse abrechnen. Die Honorarnote ist am Ende der Therapie zuerst selbst zum Zahlen und kann danach gemeinsam mit Zahlungsbestätigung und Verordnungsschein bei der Krankenkasse zur Rückvergütung eingereicht werden.

Beim Überziehen der normalen Behandlungsdauer von 60 Min verrechne ich für 10 Min 16 Euro, für 15 Min 24 Euro; 30 Min 48 Euro und für 45 Min 72 Euro. Bei Bedarf stelle ich am Ende der Therapie einen Therapiebericht aus und verrechne dafür zusätzlich 20 Euro.

☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass **vereinbarte Termine**, die von Ihnen nicht eingehalten werden können, zeitgerecht, also spätestens einen Werktag (24 Stunden) im Voraus, abzusagen sind. Bei einer Absage, die zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt, ist PT Nicole Schmidt dazu berechtigt, ein **Ausfallshonorar** von der ca. ½ des normalen Tarifs, aktuell (Stand 01/2026) von 48 Euro zu verlangen. Die Erstattung des Ausfallshonorars durch die Österreichische Gesundheitskasse ist nicht möglich. Bitte erscheinen Sie pünktlich zu den vereinbarten Behandlungstermin, da bei einem verspäteten Erscheinen die versäumte Zeit nicht durch ein Verschieben der Behandlungszeit gewährleistet werden kann. Bei wiederholt verspäteten Erscheinen oder wiederholten Absagen von Terminen ist PT Nicole Schmidt dazu berechtigt, die Fortsetzung der Behandlung abzulehnen.

☐ Bei nicht termingerechter Bezahlung der Therapie kann Nicole Schmidt PT, **Mahnspesen** in Höhe von 4% des Rechnungsbetrags einfordern. Falls Zahlungen nur schwer realisierbar sind, kontaktieren Sie mich, Nicole Schmidt PT und vereinbaren Sie evt. Ratenzahlungen.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berechtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Nicole Schmidt, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 16 – 18 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber Nicole Schmidt die Berichtigung, Löschung und Einschränkung einzelner personenbezogenen Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per Email an Nicole Schmidt übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. In Österreich ist die Datenschutzbehörde zuständig.