

BEHANDLUNGSVERTRAG

für das Therapieprogramm DOC WEIGHT®

NAME, VORNAME _____

Krankenkasse: _____

Programmbeginn: _____

Voraussichtliches Programmende: _____

Ich möchte an dem multimodalen Adipositas-Therapieprogramm **DOC WEIGHT®** teilnehmen.

LEISTUNGSUMFANG:

- 4 ärztliche Untersuchungen
Diagnostische Maßnahmen der Eignungsuntersuchung wurden im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit über die Krankenversichertenkarte erbracht.
- 2 ärztlich geleitete Gruppenabende
- 12 Einheiten Verhaltenstraining in der Gruppe von je 90 min Dauer
- 10 Einheiten Ernährungstraining in der Gruppe von je 90 min Dauer
- 1 Einheit Theorie der Bewegung in der Gruppe von 90 min Dauer
- 2 praktische Ernährungstrainingseinheiten (Einkaufstraining; Lehrküche)
- 2 Einzelernährungsberatungen
- 20 wassergymnastische Einheiten in der Gruppe
- 20 Walking/Nordic-Walking-Einheiten in der Gruppe

GESAMTKOSTEN € 1.705,00 Kursgebühr
 + € 50,00 Teilnehmermaterialien
 + € 36,00 zwei Seca-Messungen
 = € 1.791,00 ggf. zzgl. Kostenumlage praktisches Ernährungstraining

ABRECHNUNGSVERFAHREN

Die Abrechnung erfolgt durch monatliche Abschlagszahlungen gemäß Abbuchungsplan. Zu diesem Zweck wird der lizenzierten **DOC WEIGHT®** -Praxis für die Dauer des Therapieprogramms eine **Einzugsermächtigung** erteilt (siehe unten).

Bei regelmäßiger Teilnahme – mindestens 80% der Programmeinheiten – erstatten einige Krankenkassen ihren Versicherten einen Teil der Programmkosten. Dafür bedarf es einer Bestätigung vor Programmbeginn. Der Programmanbieter ist nicht für die Erwirkung einer Kostenübernahme zuständig, dies obliegt dem Teilnehmer. Formvordrucke und Informationsmaterial für die Antragstellung bei der Krankenkasse werden ausgehändigt. Nach Programmabschluss ist eine Teilnahmebescheinigung bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.

Nehmen Sie **nicht regelmäßig** an der Schulung teil oder erhalten keine anteilige Kostenübernahme, verpflichten Sie sich die Schulung **selbst zu zahlen**.

Das Teilnehmermanual wird direkt bei Kursbeginn gegen Barzahlung ausgehändigt.

MITWIRKUNGSPFLICHT DES TEILNEHMERS

- Pünktliches Erscheinen zu den Schulungsterminen.
- Regelmäßiger Besuch der Schulungstermine.
- Absage bei Verhinderung an Schulungsterminen.
- Anwesenheit bei mindestens 80% der Schulungstermine.
- Bei Nichteinhaltung der regelmäßigen Teilnahme ist die Schulung selbst zu zahlen.

Eine **außerordentliche Vertragskündigung von Seiten des Programmanbieters** kann unter folgenden Umständen erfolgen:

- wenn der Teilnehmer das Therapieprogramm nicht in vorgegebener Weise befolgt.
- wenn der Teilnehmer an den Schulungsstunden mehr als zweimal hintereinander ohne vorherige Absprache nicht teilgenommen hat.
- Die Schwerpunktpraxis ist berechtigt, den Vertrag aus medizinischen und/oder psychiatrischen Gründen zu kündigen, wenn dies gemäß den Abbruchkriterien für notwendig erachtet wird.
- Scheidet der Teilnehmer ohne medizinischen und/oder psychiatrischen Grund aus, so ist eine Bearbeitungsgebühr von 30,00 € zuzüglich der Kosten für die noch ausstehenden Schulungsstunden zu entrichten.

Erfolgt die Kündigung durch den Kursanbieter, so wird die Krankenkasse umgehend informiert.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Der Teilnehmer erklärt sein Einverständnis für die im Rahmen des Therapieprogramms **DOC WEIGHT**[®] erforderlich werdenden und zweckmäßigen Untersuchungen und ist mit einer Information des behandelnden Hausarztes und der Krankenkasse über die Teilnahme am Programm in Form eines Zwischen- und Endbericht einverstanden. Alle darüber hinausgehenden Daten unterliegen auch während des Therapieprogramms weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht.

Des Weiteren erklärt der Teilnehmer sein Einverständnis zur Speicherung der erhobenen Daten und zur Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken. Bei der Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken sind personenbezogene Daten so verändert, dass kein Bezug zwischen ihnen und dem Teilnehmer hergestellt werden kann. Personenbezogene Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter der Untersuchung. Die Weitergabe personenbezogener Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf einer schriftlichen Genehmigung durch den Teilnehmer. Weiterhin erteilt der Teilnehmer sein Einverständnis dazu, dass im Rahmen der erfolgten Gesundheitsuntersuchung abgenommene und nicht für die Diagnostik direkt benötigte Blutproben für wissenschaftliche, medizinisch relevante Laboruntersuchungen verwendet werden dürfen.

Zweck der medizinischen Datensammlung und wissenschaftlichen Auswertung der erhobenen Gesundheitsdaten ist die Beurteilung des angewandten Therapieprogramms zur Therapie der Adipositas und assoziierter Risikofaktoren. Die so gesammelte Erfahrung dient einer verbesserten medizinischen Betreuung von adipösen Menschen im Sinne der optimierten Therapie der Adipositas im Erwachsenenalter.

VERSCHWIEGENHEIT

Alle Teammitglieder des Therapieprogramms **DOC WEIGHT**[®] sind zu einer strengen Verschwiegenheit verpflichtet.

Der Teilnehmer ist verpflichtet, über die Schulungsstunden oder in sonstiger Weise erhaltene Kenntnisse aus dem persönlichen Bereich der anderen Teilnehmer des Therapieprogramms **DOC WEIGHT**[®] Stillschweigen zu bewahren.

Eine Vervielfältigung oder unberechtigte Weitergabe der Kursunterlagen ist – auch im Einzelfall – nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung zulässig und ist grundsätzlich vergütungspflichtig.

Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

HAFTUNGS AUSSCHLUSS

Ich nehme an dem Therapieprogramm **DOC WEIGHT**[®] der obigen lizenzierten Einrichtung teil. Ich tue dies auf eigenes Risiko hin. Es gibt keine zusätzlichen versicherungstechnischen Absicherungen.

Haftungsansprüche gegen den Kursanbieter oder andere am Therapieprogramm beteiligte Institutionen, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der angebotenen Inhalte verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Sollte ich auf dem Weg zu oder von Programmangeboten oder bei den Bewegungsangeboten einen Unfall erleiden oder anderweitig zu Schaden kommen, so habe ich keinerlei daraus ableitbare Ansprüche.

Ich bin mit den Vertragsbedingungen einverstanden und melde mich verbindlich an.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit erteile ich der folgenden lizenzierten **DOC WEIGHT®**-Einrichtung

(Praxisstempel) _____

eine **Einzugsermächtigung** über monatlich _____ € - erstmalig zu

Programmbeginn am _____ und letztmalig am Programmende im _____

Meine **Bankverbindung** lautet:

Kontonummer: _____

Bankinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____