

Behandlungsvertrag für Privatpatienten (m/w/d)

Name/Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefon _____ E-Mail-Adresse _____
Krankenversicherung _____

Privat Beihilfeberechtigt: ja nein

01. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen.
Kommen Sie daher bitte pünktlich.

02. Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte **mindestens 24 Stunden vorher ab**. Nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach den für die Behandlung vereinbarten Vergütungssätzen.

03. Zu Ihrem Krankheitsbild findet eine physiotherapeutische Befunderhebung statt, welche als gesonderte Position in Rechnung gestellt wird.

04. Therapeutische Leistungen ohne ein gültiges Rezept werden in Rechnung gestellt und sind ohne Abzüge und in vollem Umfang vom Patienten zu bezahlen.

05. Sollte aufgrund von formalen Fehlern eine Rezeptänderung notwendig sein, muss der Patient die nötige Korrektur eigenverantwortlich beim Verordner veranlassen.

06. Da es aufgrund von terminlichen Engpässen leider zu Behandlungswartezeiten kommen kann, bitten wir Sie, sich frühzeitig um Folgetermine zu kümmern.

07. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art.9 Abs.2 lit. h DSGVO. Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistung gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung / Dienstleistung aufzubewahren.

Wir behandeln alle Daten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion.

08. Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung, Absage oder zur Terminerinnerung per E-Mail nutzen wollen, wird diese E-Mail-Adresse einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Die automatisierte Terminerinnerung ist ein Service der Praxis,
ein Anspruch hierauf besteht nicht.

09. Für die vereinbarten Behandlungstermine sind die von der Praxis ausgehändigten Terminzettel bindend.

10. Das Absagen oder Verändern von Behandlungsterminen muss persönlich oder telefonisch mindestens 24 Stunden vorher erfolgen.

11. Auf Wunsch erhalten Sie von uns eine Honorarvereinbarung. Die Honorarsätze sind im Vorfeld zu erfragen und werden als bekannt vorausgesetzt.

12. Die Honorarsätze sind durch den Versicherten / Patienten zu begleichen, unabhängig davon, ob die Versicherung diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen
und erkenne sie ausdrücklich an.

Die Datenschutzgesetze, insbesondere der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich im Aushang
wahrgenommen, gelesen und verstanden.

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift Praxisbevollmächtigte/r

Datum



Praxis für Physiotherapie Floegel - Nordring 65 - 46240 Bottrop
Telefon: 02041 94485 E-Mail: praxis@physiotherapie-floegel.de