

Behandlungsvertrag für gesetzlich Versicherte



Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Straße

Wohnort

Telefon

Emailadresse

Krankenkasse / Anschrift

Überweisender Arzt

zuzahlungspflichtig

zuzahlungsfrei

1. Die Abrechnung erfolgt nach den mit ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen.
2. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit 10% zuzahlungspflichtig. Als Grundlage für Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze. Der genaue Betrag wird in der Quittung ausgewiesen. Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10 Euro pro Rezept an. Die Beiträge werden mit der ersten Behandlung fällig. Die Rezeptgebühr wird von Ihrer Krankenkasse erhoben und nach Einreichung des beendeten Rezepts bei Ihrer Krankenkasse bei uns abgebucht.
3. Sie kommen zur Therapie in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindesten 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen

Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

4. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zu Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden.

5. Patientenaufklärung

Ich bin in verständlicher Weise ausreichen vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiko der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

Sollten die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese durch Ihren Therapeuten vor Behandlungsbeginn durchgeführt.

6. Wir versenden zur Vermeidung von Übertragungsfehlern, vor allem bei telefonischen Kontakt Ihre Terminvereinbarungen, Terminänderungen und Terminerinnerungen zusätzlich per E-Mail und per SMS.

Wir versichern Ihnen, dass wir diese E-Mail-Adresse und Telefonnummer lediglich zu dem oben genannten Zweck verwenden und eine Weitergabe an Dritte nicht erfolgt.

Sind Sie damit einverstanden: JA NEIN

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und willige in diese Regelungen ausdrücklich ein.

Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)