

Behandlungsvertrag

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieses Formular stellt einen **Behandlungsvertrag** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Zuzahlung:

Gesamthonorar:

bzw. Honorar pro Behandlung

Zuzahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen und nachstehenden Behandlungen und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang, sowie das oben genannte Honorar an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine **mindestens 24 Stunden** an Werktagen vorher telefonisch oder persönlich abgesagt werden müssen. Ausnahmen, wenn nicht anders möglich, dürfen auch per E-Mail am Wochenende erfolgen.

Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind und Freizeitaktivitäten hinten angestellt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte und nicht entschuldigte Termine können mir mit dem derzeit gültigen Verrechnungssatz meiner Krankenkasse gemäß §615 BGB **privat in Rechnung gestellt** werden. Gesetzliche Zuzahlungen gemäß §61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse die Kosten nicht ersetzen, trage ich diese selbst. Um in der Praxis Unkosten gering zu halten, werde ich Zuzahlungen fristgerecht leisten. Da ich vorab Dienstleistungen in Anspruch nehme, können nicht fristgerecht geleistete Zuzahlungen kostenpflichtig angemahnt werden. Entstehende Zusatzkosten durch Bearbeitung und/oder Mahngebühren sind von mir zu zahlen und können, wie auch der Rechnungsbetrag, rechtlich eingefordert werden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die von mir zu entrichtenden Zuzahlungen, beim nicht wie oben beschriebenen entschuldigten Ausfall eines Termins oder der Nichtzahlung meiner Krankenkasse bei Aufforderung und Fälligkeit zahlen werde.

Mit der Weitergabe meiner **persönlichen Daten** an externe Abrechnungsstellen – ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnung und Behandlung – erkläre ich mich ebenso einverstanden.

 X

Unterschrift des/der Patient/-in oder des Gesetzlichen Vertreters

Haftung: Die Haftung der Physiotherapie Praxis Vivian Josewich für Sach- und Vermögensschaden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitgehende Haftung – auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen – für Vorsatz.

 X

Unterschrift des/der Patient/-in oder des Gesetzlichen Vertreters

Aufklärung: Die Mitarbeiter der Physiotherapie Praxis Vivian Josewich haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Ich willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Ort, Datum

 X
Unterschrift des/der Patient/-in oder des Gesetzlichen Vertreters