

## Behandlungsvertrag

### Physiotherapie/Manuelle Therapie/ Manuelle Lymphdrainage

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt [ ] ja [ ] nein

#### I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die physiotherapeutische Behandlung des Patienten.

#### II. Honorar

Als Honorar für eine physiotherapeutische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag in Höhe des gesetzlichen Kassensatzes/ der aushängenden Preise vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Die Rezeptgebühren sind bis zur 3. Behandlung fällig.

#### III. Hinweise

##### Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.

Der Patient ist daher verpflichtet,

- Termine pünktlich einzuhalten,
- falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe des Kassensatzes/des vereinbarten Honorars an.

##### Abrechenbarkeit physiotherapeutischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach den aushängenden Preisen. Gesetzlich Krankenversicherte beteiligen sich anteilig an ihrer verordneten Leistung. Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Physiotherapeuten unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

**Das Informationsblatt zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.**

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_