



Behandlungsvertrag Physiotherapie

zwischen: Physio 101 Praxis für Physiotherapie
Andreas Küchler & Andreas Dengg
Uhlandstrasse 101
10715 Berlin

und

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

- privat gesetzlich
 Beihilfe Zusatzversicherung

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 der ausliegenden 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.

III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Vereinbarte Behandlungszeiten werden als verbindlich betrachtet, da sie ausschließlich für Sie reserviert sind. 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 vereinbarten Honorars an, wobei dem Patienten der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

IV. Abrechenbarkeit physiotherapeutischer Leistungen

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen in voller Höhe zu zahlen. Die aktuell gültige Preisliste ist in der Praxis ausgelegt.

Bitte erkundigen Sie sich **vor der ersten Behandlung** bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

VI. Dokumentation

Für die Dokumentation der Behandlung wird eine Patientenakte oder eine computergestützte Akte angelegt. Auf Wunsch erhält der Patient Einsicht, als auch eine Kopie. Die Kosten für die Kopie trägt der Patient.

VII. Schweigepflicht

Für alle persönlichen Angaben unterliegen die Therapeuten der Schweigepflicht und verpflichtet sich zur Sicherung der Datengeheimnisse nach EU-Datenschutzgrundverordnung.

VIII. Datenschutz

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das Formular „Patienteninformation zum Datenschutz“ und die aktuelle Preisliste zur Kenntnis genommen zu haben.

Fragen des Patienten:

Bitte bringen Sie unbedingt zu Ihrem ersten Behandlungstermin folgendes mit:

- Diese Behandlungsvereinbarung mit Ihrer Unterschrift (ggf. Unterschrift des Bevollmächtigten).
- Eine gültige Verordnung I Rezept I Heilmittelverordnung von einem Arzt
- Eine Badehandtuch als Unterlage für die Behandlungsbank

Datum

Patient

Therapeut

Datenschutzverordnung

Die Verarbeitung und Speicherung Ihrer persönlichen Daten erfolgt in unserer Praxis gemäß der gültigen EU-Datenschutzgrundverordnung. Sie können Einsicht in die beiliegende Datenschutzerklärung nehmen. Auf Wunsch erhalten Sie von uns eine Kopie der Datenschutzerklärung.

Es unterliegt Ihrer freien Entscheidung, ob Sie uns diese Daten mitteilen. Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung zu der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO zu widerrufen. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

- Ich habe das Informationsblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ gelesen und verstanden. Durch meine Unterschrift wird diesen Teil des Behandlungsvertrages.
- Ich bin damit einverstanden und willige im vollen Umfang ein, dass meine personenbezogenen Daten und meine Gesundheitsdaten genutzt und gespeichert werden. Eine Kontaktaufnahme, zum Beispiel zur Terminerinnerung oder Terminvergabe, darf über die im Behandlungsvertrag angegebenen Kontaktwege:
 - nur an mich persönlich erfolgen

oder

- an weitere Personen ausgerichtet werden (z.B. Angehörige, Lebensgefährte, Anrufbeantworter...)

Bitte teilen Sie uns relevante Veränderungen Ihrer persönlichen Daten (Adresse, Telefonnummer...) schnellstmöglich mit.

Datum

Patient

Therapeut