

Behandlungsvertrag (Physioteam Ganderkesee)

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.

X _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Gesetzlich Versichert = Zuzahlung: 10.- € + 10% vom Rezeptwert (gesetzliche Vorgabe).

Privatversichert/Privatzahler siehe Preisaushang.

(Hinweis !: Unabhängig davon was Ihre Privatversicherung erstattet)

Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden** vorher- telefonisch oder persönlich (keine SMS und/oder E-Mail) – abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen und Therapiebehandlungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat mit pauschal 25,00 € pro Therapieeinheit von 20 Minuten in Rechnung gestellt werden**. Wir sind stets bemüht Terminlücken zu schließen, um den Kostenaufwand für Sie so gering wie möglich zu halten. Ihre Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht.

Sollten zwei aufeinanderfolgende Termine von mir abgesagt werden, lege ich nach Aufforderung ein ärztliches Attest vor.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB sind in voller Höhe bis spätestens zum **zweiten** Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

X _____

Unterschrift des/der Patienten/-in oder gesetzlichen Vertreter

Haftung: Die Haftung der Physiotherapiepraxis **Physioteam Ganderkesee** für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung- auch in Bezug auf Mitarbeiter- für Vorsatz.

X _____

Unterschrift des/der Patienten/-in oder gesetzlichen Vertreter

Aufklärung: Die Mitarbeiter des **Physioteam Ganderkesee** haben mich zudem über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ein.

X _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in oder gesetzlichen Vertreter

Datenweitergabe: Information zum Datenschutz im Anhang