



Behandlungsvertrag

Zwischen Herrn / Frau (Patientennamen) _____

Geboren am _____

und der Praxis Sina Kracht - PhysioRaum / Raseweg 4 / 37124 Rosdorf

Auf Grundlage der Verordnung von Heilmitteln durch den behandelnden Arzt oder durch den Heilpraktiker für Physiotherapie wird folgendes vereinbart:

1. Die Behandlung ist nicht abschließend durch eine Gebührenordnung geregelt. Der privatversicherte bzw. beihilfeberechtigte Patient muss also damit rechnen, dass er seine Aufwendung möglicherweise nicht voll erstattet bekommt. Der Patient ist und bleibt in jedem Falle zur Zahlung der vereinbarten Kosten für die Behandlung verpflichtet, unabhängig davon, ob bzw. in welcher Höhe eine Erstattung durch die Krankenkasse oder Beihilfe erfolgt.

Es gelten die Regelungen des Bundesgesetzbuches über den Dienstvertrag. Auf der Grundlage der Preisliste (siehe 2.) wird eine verbindliche Honorarvereinbarung zwischen Patienten und Dienstleister getroffen. Mit seiner Unterschrift erkennt der Patient das entsprechende Honorar für die durchführende Behandlung an.

2. Preisliste: 45,00€ (25 Minuten)
85,00€ (55 Minuten)
3. Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen Patient und Dienstleister (Physiotherapiepraxis). Zwischen dem Dienstleister und der Krankenversicherung des Patienten bzw. der Beihilfe besteht ausdrücklich keine Rechtsbeziehung.
4. Therapiemaßnahmen:
Der Patient wird durch den behandelten Therapeuten mündlich über die Therapie in Art, Umfang, Durchführung und möglicher Risiken, aufgeklärt. Ihm wird ein Ausblick auf den Therapieverlauf gegeben und er wird informiert, was er selbst zum Erfolg der Therapie beitragen kann.
5. Behandlungstermine:
Es liegt vor allem in Ihrem Sinn und Ihrer Verantwortung, dass Ihre Behandlung stattfindet. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen 24 Stunden vorher absagen. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, wird Ihnen ein Betrag in Höhe dieser Termineinheit in Rechnung gestellt.
6. Einwilligung:
Den Behandlungsvertrag habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ort, Datum / Unterschrift Patient



Einwilligungserklärung in die Datenvereinbarung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Sina Kracht – PhysioRaum meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, Abrechnungsstellen oder dem Patienten zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser schriftlich zu richten an:

Sina Kracht – PhysioRaum, Raseweg 4, 37124 Rosdorf

Die Einwilligungserklärung zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden und willige mit meiner Unterschrift ein

Ort Datum /Unterschrift Patient

HEILPRAKTIKERIN FÜR
PHYSIOTHERAPIE

