

Behandlungsvertrag

Zwischen

Name

Telefonnummer

Adresse

Versicherung

Ort

Geburtsdatum

- 01 Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen.
Kommen Sie daher bitte pünktlich.
- 02 Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens **24 Stunden vorher ab**.
Nicht mindestens **24 Stunden** vorher abgesagte Termine werden Ihnen nach § 615 Satz 1 BGB in Rechnung gestellt.
Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach den für die Behandlung vereinbarten Vergütungssätzen.
- 03 Die Zuzahlung für kassenärztliche Behandlungen betragen 10 % der Kosten (Preisvereinbarung zwischen Ihrer Kasse und uns) sowie 10 € Rezeptgebühren.
Die Zuzahlungsgebühr ist am 1. Behandlungstag per EC-Karte zu zahlen und wird quittiert.
Wünschen Sie eine Rechnung, beträgt die Bearbeitungsgebühr 2,50 €.
- 04 Therapeutische Leistungen ohne ein gültiges Rezept werden in Rechnung gestellt und sind ohne Abzüge und in vollem Umfang vom Patienten zu bezahlen.
Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.
- 05 Sollte aufgrund von formalen Fehlern eine Rezeptänderung notwendig sein, muss der Patient die nötige Korrektur eigenverantwortlich beim Verordner veranlassen.
- 06 Da es aufgrund von terminlichen Engpässen leider zu Behandlungswartezeiten kommen kann, bitten wir Sie, sich frühzeitig um Folgetermine zu kümmern.
- 07 Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art.9 Abs.2 DSGVO.
Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistung gegenüber Ihnen, Ihrer Krankenkasse und unserem Abrechnungszentrum RZH.
Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung / Dienstleistung aufzubewahren.
Wir behandeln alle Daten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion.
- 08 Für die vereinbarten Behandlungstermine sind die von der Praxis ausgehändigten Terminzettel bindend.
- 09 Das Absagen oder Verändern von Behandlungsterminen muss persönlich unter 0174-6326510 (per Whatsapp oder Mailbox) oder 033055-226060 erfolgen.
- 10 Die Honorarsätze sind im Vorfeld zu erfragen und werden als bekannt vorausgesetzt.
- 11 Die Honorarsätze sind durch den Versicherten / Patienten zu begleichen, unabhängig davon, ob die Versicherung diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet.
- 12 Zu den Terminen bringen Sie bitte ein **großes Handtuch (Leihgebühr in der Praxis 2 €) und Hausschuhe** mit.
- 13 Ich wurde 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.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie ausdrücklich an.

Datum / Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreter