

Behandlungsvereinbarung für gesetzlich Versicherte

Name (Patient und ggf. gesetzliche Vertretung)

Geburtsdatum (Patient)

Straße

Wohnort

Telefon

E-Mail

Sind Sie **zuzahlungsfrei nach § 62 SGB V**? Ja Nein

Wünschen Sie eine **Zusatzleistung wie z.B. Heißluft, Fango, Tape o. Ä.** und/oder eine längere Behandlungsdauer und buchen diese als private Zusatzleistung dazu?

Ja Nein Gewünschte Zusatzleistung: _____ Dauer: _____

1. Zu den Terminen bringen Sie bitte ein **eigenes Handtuch oder Laken** mit. Sie können ein Handtuch auch bei uns gegen eine Gebühr von 1,00 Euro entleihen.
2. Die Abrechnung erfolgt nach den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen.
3. Der gesetzliche Eigenanteil beträgt 10% des Rezeptwertes zzgl. der Rezeptgebühr in Höhe von 10 €.

Der Eigenanteil ist zum ersten oder zweiten Behandlungstermin an die Praxis zu entrichten.

Der genaue Betrag wird auf der Quittung ausgewiesen. Zuzahlungen sind bar oder per EC-Karte zu entrichten. BG- Patienten sind von der Zuzahlungspflicht befreit.

4. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach Terminen arbeitet. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden kostenpflichtig in Rechnung gestellt (§ 615 BGB). Die Höhe der Ausfallgebühr beträgt zwischen 13,00 € und 58,00 € pro ausgefallenen Termin.

- 5. Für postalisch zugestellte Rechnungen berechnen wir zusätzlich eine Bearbeitungsgebühr von 4,50 €.**
6. Wärmetherapie (Fango & HL) erfolgt grundsätzlich nach der Behandlung.
7. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden. Im Sinne des § 301 SGB V werden Daten des Patienten über Person, sozialer Status, sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. externe Abrechnungsstelle) übermittelt.
8. Wir übernehmen keine Haftung für Diebstahl, Verlust oder Schaden von Wertgegenständen und Kleidung etc.
9. Patientenaufklärung

Ich bin in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese durch Ihren Therapeuten vor Behandlungsbeginn durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbstständig ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und willige in diese Regelungen ausdrücklich ein. Gleichzeitig bestätige ich die Richtigkeit der Rezeptdaten, ggf. des Befreiungsausweises.

Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)