



## **BEHANDLUNGSVEREINBARUNG für Privatpatienten (PKV)**

---

Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter) Geburtsdatum (Patient)

---

Straße

Wohnort

---

Telefon

E-Mail

1. Der Vergütungssatz beträgt je Behandlungseinheit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Der Gesamtpreis für die Behandlung beträgt demnach \_\_\_\_\_

**Die Behandlungskosten sind innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen.**

3. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach Terminen arbeitet. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Die Höhe der Ausfallgebühr beträgt 13,00 € - 80,00 € pro ausgefallenen Termin.

4. Zu den Terminen bringen Sie bitte ein Handtuch oder Laken mit.

5. 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.
6. Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungsstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung mit der Firma RZH zusammen. Unsere Honorarforderung aus diesem Behandlungsvertrag treten wir ggf. an die Verrechnungsstelle ab. Die Verrechnungsstelle erstellt in unserem Auftrag die Rechnung und zieht unsere Honorarforderung ein. Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie widerruflich Ihr Einverständnis, die zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an die o. g. Verrechnungsstelle zu übermitteln. Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen mit Behandlungsdatum, die dazugehörigen Diagnosen sowie Ihren Namen, Ihre Anschrift und Ihr Geburtsdatum.
- 7. Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Privaten Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei Ihrem Kostenträger.**
8. Wir übernehmen keine Haftung für Diebstahl, Verlust oder Schaden von Wertgegenständen und Kleidung etc.

## 9. Patientenaufklärung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind. Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten 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, insbesondere zu den Behandlungspreisen und zu der Patientenaufklärung, habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

---

Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)