

Behandlungsvertrag für Privatpatienten

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

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Telefon

1. Die Vergütung unserer Leistungen beträgt das 1,6-fache des aktuellen Vdek-Satzes (siehe Anlage).
- 2.
1. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. 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, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich einen für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.
1. 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. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.
1. Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungsstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung mit der Firma OPTICA zusammen. Unsere Honorarforderung aus diesem Behandlungsvertrag treten wir 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.

1. Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei Ihrem Kostenträger.

1. **Patientenaufklärung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordneten 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 selbst 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 der Preisliste der Praxis Prophys habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)