



BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen

Name | Vorname

(Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Geburtsdatum (Patient)

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon

Krankenversicherung

und (bitte ankreuzen)

Praxis für Physiotherapie

Maren Hupe (Inh. Maren Pape)

Oststr. 19

33129 Delbrück

Tel. 05250-7089333 Fax -7089334

info@ergoplusphysio.de

Praxis für Ergotherapie und Feinmotorik

Katharina Stratmann (Inh. Katharina Rübhelke)

Oststr. 19

33129 Delbrück

Tel. 05250-7089333 Fax -7089334

info@ergoplusphysio.de

1. Vergütung der Therapieleistungen

a. Privatpatienten

Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem _____ begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Befunderhebung
- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische bzw. ergotherapeutische Heilmittel
- Physiotherapeutische Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden (Heilpraktikerleistungen, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie)

Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen physio- bzw. ergotherapeutischen Therapiemethoden sowie die Behandlungszeiten können Sie auf Wunsch gern bei uns einsehen.

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von

Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physio- bzw. Ergotherapie übernommen werden. Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern einen entsprechenden Kostenvoranschlag aus.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.

b. Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 % der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Die gesamte Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung.

2. Abwesenheitspauschale

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. Wir akzeptieren Absagen rund um die Uhr per Telefon, mit einer Nachricht auf dem Anrufbeantworter und per E-Mail. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen eine Abwesenheitspauschale in Rechnung gestellt werden. Die Pauschale greift begründungsunabhängig, d.h. auch im Krankheitsfall. Die Abwesenheitspauschalen können Sie auf Wunsch ebenfalls bei uns einsehen.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

3. Datenweitergabe zur Abrechnung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.

Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungsstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung mit der Firma *BFS Abrechnungs GmbH* 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.

4. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen), die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Heilpraktikerleistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

5. Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine 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.

ja nein

Sollte die im Rahmen der physio- bzw. ergotherapeutischen 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.

6. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Vergütungssätze jederzeit einsehen kann. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags wird mir auf Wunsch ausgehändigt.

Datum

Patient/Patientin

Gesetzlicher Vertreter der Patientin/des Patienten

Zeichnungsberechtigter Mitarbeiter der Praxis