

Behandlungsvertrag

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar.

Name: _____

E-Mail: _____

Vorname: _____

Zuzahlung: _____ €

Geburtsdatum: _____

Honorar pro Behandlung: _____ €

Tel.: _____

Gesamthonorar: _____ €

Behandlungspreise und Termine:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen sowie die jeweils zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen Behandlungspreise gemäß Preisaushang in der Praxis an.

Diese gelten auch für alle zukünftigen Behandlungen, soweit keine ausdrückliche andere Vereinbarung getroffen wurde. Preisänderungen werden durch einen aktualisierten Preisaushang in der Praxis bekannt gemacht und gelten ab dem dort genannten Datum. Eine erneute Unterschrift ist nicht erforderlich.

Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher – telefonisch, schriftlich oder persönlich – abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB privat mit pauschal 35,00 € pro Therapieeinheit von 20 Minuten in Rechnung gestellt werden. Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht.

Sollten zwei aufeinanderfolgende Termine von mir abgesagt werden, lege ich nach Aufforderung ein ärztliches Attest vor. Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

Haftung:

Die Haftung der Physiotherapie Stefan Holz für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

Krankenkassenwechsel:

Sollten Sie im Verlauf der Therapie die Krankenkasse wechseln, so übernimmt Ihre neue Krankenkasse nicht automatisch die Therapiekosten. Von Kasse zu Kasse können die Leistungen variieren.

Bitte teilen Sie uns den Krankenkassenwechsel unverzüglich mit, damit Ihre neue Krankenkasse eine Kostenzusage für die noch ausstehenden Therapiestunden beantragt werden kann.

Dafür benötigen wir die neue Versichertenkarte. In der Regel müssen Sie als Patient:in bzw. als gesetzliche:r Vertreter:in sich darum kümmern.

Ggf. muss die Behandlung bis zu einem positiven Bescheid pausiert werden. Falls die neue Krankenkasse keine Kostenzusage erteilt, müssen wir Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen oder alternativ die Behandlung mit sofortiger Wirkung beenden.

Erklärung und Zustimmung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- ☒ dass ich den Behandlungsvertrag einschließlich der Informationen zu Behandlungspreisen gemäß Preisaushang zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.
- ☒ dass ich die Hinweise zur Absage von Terminen sowie zur gesetzlichen Zuzahlung verstanden habe.
- ☒ dass ich über die Folgen eines Krankenkassenwechsels informiert wurde und diese akzeptiere.
- ☒ dass ich den Haftungsausschluss zur Kenntnis genommen habe.
- ☒ dass ich die Datenschutzerklärung (Stand: 20.05.2025) gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift des/der Patient*in oder gesetzlichen Vertretung

(einmalig gültig für alle zukünftigen Behandlungen, sofern keine Änderungen erfolgen)