

BEHANDLUNGSVERTRAG

Vor Beginn der Behandlung schließen wir mit Ihnen einen Behandlungsvertrag. Dieser Behandlungsvertrag informiert Sie über die Behandlungskosten und die Regelung zur Terminvereinbarung.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Behandlungskosten für gesetzlich Versicherte Patienten

Die Abrechnung der o.g. genannten Verordnung (und Folgeverordnungen) erfolgt zu den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit **10% zuzahlungspflichtig**. Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze. Der genaue Betrag wird in der Quittung ausgewiesen. Ebenfalls fällt eine Gebühr von **10,00 € pro Rezept** an. Die Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig. Die Zuzahlungsregelung gilt nicht für Berufsgenossenschaften und die Postbeamtenkrankenkasse.

Behandlungskosten für privat versicherte Patienten

Die Kosten für die Behandlung entnehmen Sie bitte unserer aktuellen **Preisliste** „Gesundheitsleistungen für Privatzahler“, die Ihnen am Empfangstresen gerne ausgehändigt wird.

Terminvereinbarung

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die ausschließlich nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist nur für Sie reserviert. Wenn 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. Das Risiko, dass Sie kurzfristig verhindert sind, können wir als Praxis nicht übernehmen. 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 (24 Stunden vorher) absagen, wird Ihnen dies mit **30,00 €** in Rechnung gestellt – falls der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass **Annahmeverzug** gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die vorstehenden Hinweise zu Behandlungskosten und zur Terminvereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in alle zukünftig durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ausdrücklich ein.

Premnitz, _____
Ort, Datum

Unterschrift