Behandlungsvertrag

PHYSIOTHERAPIE
LARA JAKOBS
Sektoraler Heilpraktiker
für Physiotherapie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
Dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar.
Bitte füllen Sie das Formular aus, damit ich unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen kann.

_____ _____

Name: **Vorname:**

_____ _____

Straße/ Hausnummer: **PLZ/ Wohnort:**

_____ _____

Telefon/ Mobil: **Email:**

und:

Physiotherapie Lara Jakobs
Steinweg 21
26721 Emden

Vergütung der Therapieleistung:

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

Die Vergütungssätze gelten für:

- Befunderhebung
- Privatärztlich verordnete Physiotherapeutische Heilmittel
- Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden (sektorale Heilpraktische Leistungen der Physiotherapie)

Die Vergütung für die Behandlungen, wird mit Ihnen direkt abgerechnet und ist unabhängig von der Kosten Übernahme durch die Beihilfestelle und/ oder Private Krankenversicherung von Ihnen direkt zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihren Kostenträgern, ob und in welcher Höhe die Kosten für die Maßnahmen für Physiotherapie übernommen werden. Die Behandlungskosten sind innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit der Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht,

ohne weitere Zahlungsaufforderungen oder Mahnungen, ein Anspruch der Berechnung der gesetzlichen Vertragszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über den Basissatz.

Ausfallgebühr:

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 Std. vorher absagen, damit ich die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur zur 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 die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Alle Regelungen dieses Vertrags gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen / Termine in dieser Praxis.

Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir ausgehändigt worden.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift Patient/ Patientin**