



Behandlungsvertrag

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar, den wir mit Ihnen vor der Behandlung schließen. Bitte füllen Sie das Formular aus, welches Sie über unsere rechtlichen Verpflichtungen informiert.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail- Adresse: _____

(Pflichtfeld: E- Mail – Adresse wird ausschließlich für den Versand von Rechnungen genutzt)

Der Behandlungsvertrages ist für alle zukünftigen Verordnung/ Rezepte, Selbstzahlerleistungen und Gutscheine gültig.

Behandlungskosten für gesetzlich versicherte Patienten:

Die Abrechnung der oben genannten Verordnungen erfolgen zu den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen. Sofern Sie nicht von der Zuzahlung befreit und über 18 Jahre alt sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit **10% zuzahlungspflichtig**. Ebenfalls fällt eine Gebühr von **10 € pro Rezept** an (§32 SGB V und §61 SGB V). Die genaue Zuzahlungsgebühr ist auf der Rechnung ausgewiesen und wird spätestens zur **2. Behandlung** fällig. Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, bitten wir um die Vorlage des Befreiungsausweises.

Behandlungskosten für privat versicherte Patienten / Selbstzahler

Sie haben die aktuellen Behandlungspreise zur Kenntnis genommen und sind bereit, die Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der Kostenträger den Rechnungsbetrag nur teilweise oder gar nicht erstattet. Nach Erhalt der Rechnung ist der Betrag innerhalb von 14 Tagen (unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch den Kostenträger) auf das in der Rechnung angegebene Rechnungskonto zu überweisen. Der Kostenvoranschlag wurde ausgehändigt und unterzeichnet.

Terminvereinbarung und Ausfallentschädigung:

Sie kommen in eine Praxis, die ausschließlich nach dem Bestellsystem geführt wird. Ihnen ist bekannt, dass vereinbarte Behandlungstermine **mindestens 24 Stunden vorher** – telefonisch oder persönlich (keine SMS/WA und/oder E-Mail) – abgesagt werden müssen. Ihnen ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen gemäß §615 BGB **privat** mit dem derzeit gültigen Verrechnungssatz Ihrer Krankenkasse **in Rechnung gestellt**. Ihre Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht. Verspätungen des Patienten begründen keine Nachbehandlungspflicht durch den Therapeuten.

Datenweitergabe:

Mit der Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an externe Abrechnungsstellen, ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Krankenbehandlungen, erklären Sie sich ebenso einverstanden (siehe Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“).

Haftung:

Die Haftung des St. Martin Gesundheitszentrums (Standorte Rothenburg und Görlitz) für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung – auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen – für Vorsatz.

Die vorstehenden Hinweise zu Behandlungskosten und zur Terminvereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in o. Erziehungsberechtigte/r o.
Bevollmächtigtem