

Behandlungsvertrag

zwischen

rehab. Physiotherapie GbR
Sören Grosch & Isabel Nees
Am Obstmarkt 2
55126 Mainz

und

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Liebe/er Patient/in, Eltern, Angehörige oder Erziehungsberechtigte,

nach dem Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Behandlungsvertrag nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben Sie an den jeweiligen Stellen. Wir behandeln nach Vorgabe der ausgestellten Verordnung durch Ihren Arzt. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

1. Patienten Aufklärung

Sie sind bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartenden Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen 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.

2. Datenschutz

Informationen über unseren Datenschutz finden Sie in unserem ausgehändigtem Informationsschreiben „Datenschutz – Information“, welches Sie in unserer Praxis am Empfangstresen oder auf unserer Website www.rehab-physio.de finden.

3. 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 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. 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 die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzlichen Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den physiotherapeutischen Verbänden abgeschlossen worden sind. Gern können Sie diese bei uns auch einsehen.

Sofern Sie privat versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir mit Ihnen im Kostenvoranschlag vereinbart haben.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den obenstehenden Bedingungen einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in / Bevollmächtigte/r

4. Vergütung der Therapieleistungen

4a. Gesetzlich Versicherte Patienten:

Die Vergütung für Heilmittel rechnen wir über folgendes Abrechnungszentrum ab: Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart. Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie widerruflich Ihr Einverständnis, die persönlichen Behandlungsdaten an die oben genannte Verrechnungsstelle zu übermitteln. Die Daten beinhalten alle Angaben, die auf der ärztlich ausgestellten Verordnung zu finden sind.

Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Patienten Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Sollte eine Zuzahlungsbefreiung vorliegen, sind Sie verpflichtet uns diese am ersten Behandlungstermin vorzulegen. Die Höhe der Zuzahlung beträgt 10% der Kosten (=Preisvereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und physiotherapeutischen Verbänden) sowie 10 Euro Verordnungsblattgebühr je Verordnung. Die gesamte Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig. Sollte die Verordnung vorzeitig abgebrochen werden, haben Sie das Recht auf Erstattungsanspruch bei zu viel entrichteter Zuzahlung.

Sofern Sie eine Verordnung gemäß §13a der Heilmittel-Richtlinie (sog. Blankoverordnung) erhalten haben, wird die Zuzahlung am Ende einer jene Verordnung erstellt und Ihnen in Rechnung gestellt. Der zu zahlende Betrag richtet sich nach der Anzahl und Art der Behandlungen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den obenstehenden Bedingungen einverstanden.

4b. Privat Versicherte Patienten:

Die Vergütung für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und / oder Privaten Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden. 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.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den obenstehenden Bedingungen einverstanden.

Ort	Datum	Unterschrift Patient/in / Bevollmächtigte/r
-----	-------	---

5. Datenverarbeitung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden. Außerdem bestätigen Sie, dass wir Sie telefonisch oder per Mail zwecks Terminvereinbarungen oder -änderungen sowie zur Therapieerinnerung kontaktieren dürfen. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.

Ort	Datum	Unterschrift Patient/in / Bevollmächtigte/r
-----	-------	---

6. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen, die Sie in der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen.

7. Einwilligung

Hiermit willigen Sie in die Behandlung ein.

Als Bewohner einer Pflegeeinrichtung / Intensivpflege erlauben Sie den Pflegekräften in Ihrem Auftrag die durchgeführten Behandlungen zu quittieren.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden haben sowie mit diesen einverstanden sind.

Ort	Datum	Unterschrift Patient/in / Bevollmächtigte/r
-----	-------	---