



Behandlungsvertrag

zwischen der Physiotherapie-Heuchelheim,
Schwimmbadstraße 2, 35452 Heuchelheim und

Herrn/Frau:	geboren am:
Straße:	PLZ/Wohnort:

Auf Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen den oben genannten Vertragspartnern wird Folgendes vereinbart:

1. Regelung zur rechtzeitigen Terminabsage

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet dazu bin, vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden können.

2. Datenschutzerklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Daten in Papierform und elektronisch für die Zeit meiner Behandlung und darüber hinaus für die Zeit der gesetzlichen Regelungen gespeichert werden. Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an die externe Abrechnungsstelle (Optica-Abrechnungszentrum, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart) - ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Krankenbehandlungen - erkläre ich mich ebenso einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

3. Patientenaufklärung

Die Mitarbeiter der Physiotherapiepraxis Heuchelheim haben mich über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

4. Gebührenvereinbarung (gilt nur für Privatpatienten, auch Beihilfe und Selbstzahler)

Hiermit erkläre ich mich mit den in der Praxis aufgelisteten Preisen einverstanden. Ich verpflichte mich in jedem Fall zur Zahlung der vereinbarten Kosten für die Behandlung, unabhängig davon, ob bzw. in welcher Höhe eine Erstattung durch die Krankenkasse oder Beihilfe erfolgt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den zuvor genannten Vertragsbedingungen einverstanden und willige somit in den Behandlungsvertrag ein.

Datum: _____

Unterschrift Patient: