

Behandlungsvereinbarung

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Therapieangebot entschieden haben.

Als Therapiezentrum MEIDERICHER PRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE schließen wir diesen Behandlungsvertrag mit Ihnen als Patient:in, um die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen.

Name Patient:in: _____ Geb. am: _____

Anschrift: _____

Vorliegende Diagnose laut Arzt: _____

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen. Bitte unterzeichnen Sie zusätzlich die beiliegenden Dokumente: Datenschutzvereinbarung, Schweigepflicht-Entbindung und/oder Honorarvereinbarungen. Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam vor der Unterzeichnung zur Verfügung.

Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge)

- Die Praxis rechnet direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.
- Zuzahlung GKV-Versicherte: Sie zahlen einen Eigenanteil von 10 € plus 10 % der Therapiekosten Ihrer Heilmittelverordnung. Der Betrag ist ab der ersten Behandlung in bar oder per Karte zu zahlen.
- Gewünschte ergänzende Leistungen, die über die ärztliche Verordnung hinausgehen, werden in einer separaten Honorarvereinbarung festgehalten und als Selbstzahlerleistung erbracht. Die Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler:innen

- Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der beiliegenden Honorarvereinbarung.
- Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen – unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung. Die Abrechnung erfolgt nach jedem Termin, zahlbar in bar oder per Karte. Rechnungen werden nur nach Absprache ausgestellt.

Terminregeln und Ausfallgebühr

- Die Praxis ist als Bestellpraxis organisiert – jeder Termin wird exklusiv für Sie reserviert. Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
- Ausfallgebühr: Bei späterer Absage oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte. Das Ausfallhonorar orientiert sich an der vereinbarten Vergütung (Honorarvereinbarung) bzw. an der gesetzlichen Vergütung Ihrer Krankenkasse (auf Anfrage).

Die Praxis informiert Sie rechtzeitig, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient:in

Unterschrift / Stempel Praxis