

Behandlungsvertrag

Zwischen der

ROTE
Physiotherapiepraxis
Alte Bahnhofstr. 15
48432 Rheine
www.physio-rote.de

und

Herrn / Frau

Vorname, Name:

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort: E-Mail:

Telefon privat: Telefon dienstlich oder mobil:

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Klient nimmt eine Beratung oder eine Behandlung des sektoralen Heilpraktikers in Anspruch.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar richtet sich nach dem Zeitaufwand des sektoralen Heilpraktikers.

Er erhält hierfür eine Vergütung in Höhe von 27,50 Euro für eine Behandlung (ggf. inkl. Diagnosestellung) bzw. 15 Euro für eine Beratung bis 20 Minuten*. Termine für Massagen kosten 20 Euro.

*Die erste 20 Minuten werden voll angerechnet (z. B. 9 Minuten gelten als 20 Minuten).

Zeitüberschreitungen (> 20 Minuten) werden anteilig berechnet, nach oben hin auf eine Vielfalt von 5 Minuten hochgerechnet (z. B. 31 Minuten gelten als 35 Minuten).

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Klient wird darauf hingewiesen, dass:

- die Behandlung des sektoralen Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht ersetzt;
- die gesetzlichen Krankenversicherungen die Behandlungskosten des sektoralen Heilpraktikers nicht übernehmen;
- Mitglieder privater Krankenversicherungen, Beihilferechtige oder gesetzlich Versicherten mit einer Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen einen (Teil-) Erstattungsanspruch der Honorarkosten gegenüber ihrer Versicherung haben können. Hierzu erforderliche Unterlagen (u. a. Rechnungen) händigt der sektoralen Heilpraktiker dem Klienten aus. Der Klient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des sektoralen Heilpraktikers gegenüber dem Klienten unberührt;
- Terminabsprachen und Terminänderungen während der Bürozeiten, d. h. möglichst zwischen 9.00 und 11.00 Uhr (Mo.-Fr.) vorzunehmen sind; außerhalb den Bürozeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet;
- wenn ein Termin von der Praxis aus nicht stattfindet, sie dafür nicht haftbar gemacht werden kann. Der Termin wird aber möglichst zeitnah nachgeholt;
- er mit seiner Unterschrift vor eine Beratung oder Behandlung die Terminvereinbarung quittiert;
- er sich dazu verpflichtet eventuelle unerwünschte Reaktionen auf erbrachte Leistungen dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen;
- etwaige Ersatzansprüche gegen den Behandler aus fehlerhafter Behandlung, auf den Höchstbetrag der Haftpflichtversicherung der Praxis beschränkt sind;

(bitte Rückseite weiterlesen)

- Gerichtsstand der Niederlassungsort der Praxis ist.
- ich mit meiner Unterschrift bestätige, dass meine Angaben richtig und vollständig sind, dass ich die Hinweise gelesen habe und sie akzeptiere.

Leider können wir nicht ausschließen, dass wir einen Termin ändern müssen.
Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in diesem Fall anrufen?

Ja Nein

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigter

§ 4 Ausfallhonorar

Absagen sind bis zum Arbeitstag (Mo.-Fr.) vor Ihrem jeweiligen Termin kostenfrei.

Für den ersten nicht rechtzeitig abgesagten Termin werden 5€ fällig (berechnet für bis zu 20 Minuten Termine; bei längeren Terminen entsprechend höher). Ein weiterer versäumter Termin, innerhalb der gleichen Verordnung, wird zum vollen Kassensatz berechnet.

Der nicht eingehaltene Behandlungstermin kann, nach Zahlung der Ausfallgebühr, nachgeholt werden!

§ 5 Datenschutz

Die nachfolgende Einverständniserklärung ist Bestandteil der Anmeldung.

Einverständniserklärung Datenerhebung

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung einverstanden bin.
- Die vorstehenden Erklärungen gelten auch für zukünftige Behandlungen und können jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
- Die Praxis verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung nicht ohne meine Einwilligung an unbeteiligte Dritte weiterzugeben, mit Ausnahme dann, wenn ein berechtigtes Interesse der Praxis vorliegt (z. B. wenn die Praxis anwaltliche Hilfe braucht um eine Rechnungszahlung durchzusetzen, Inanspruchnahme einer Abrechnungszentrale)
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich darüber informiert zu sein eine Kopie dieser Einverständniserklärung auf der Website der Praxis downloaden zu können.

§ 6 Datenschutzbeauftragter

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit in Nordrhein-Westfalen ist

Bettina Gayk

Postfach 20 04 44 Kavalleriestraße 2-4 Telefon: 02 11/384 24-0 E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de
40102 Düsseldorf 40213 Düsseldorf Telefax: 02 11/384 24-999 Homepage: <http://www.ldi.nrw.de>

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigter

Behandlungstermine

Name:..... Vorname:.....

Nr.	Datum	Name	Anwendung	bezahlt	Rech.- Nr	Unterschrift
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						