

Behandlungsvertrag

Zwischen der

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 freiwillig 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, Beihilfeberechtigte oder gesetzlich Versicherte mit einer Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen einen (Teil-) Erstattungsanspruch der Honorarkosten gegenüber ihrer Versicherung haben können. Die hierzu erforderliche Rechnung händigt der sektorale Heilpraktiker dem Klienten auf Anfrage aus. Ansonsten bekommt der Klient eine für das Finanzamt konforme Rechnung ausgehändigt, bzw. zugeschickt.
Der Klient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des sektoralen Heilpraktikers gegenüber dem Klienten unberührt.
- 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.
- Gerichtsstand der Niederlassungsort der Praxis ist.

§ 4 Ausfallhonorar

Absagen sind bis zum Arbeitstag (Mo.-Fr.) vor Ihrem jeweiligen Termin kostenfrei. Spätere Absagen werden voll in Rechnung gestellt.

Die Absagenregelung gilt unabhängig vom Grund einer Absage Ihrerseits!

§5 Termine

Terminabsprachen und Terminänderungen sind möglichst zwischen 9.00 und 11.00 Uhr vorzunehmen. Sprechen Sie außerhalb dieser Zeit eine Nachricht auf den Anrufbeantworter. Wenn ein Termin von der Praxis aus nicht stattfindet, kann sie dafür nicht haftbar gemacht werden. Der Termin wird aber möglichst zeitnah nachgeholt.

Leider können wir nicht ausschließen, dass wir einen Termin ändern müssen.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in diesem Fall anrufen?

Ja Nein

§ 6 Datenschutz

Der Behandlungsvertrag und die Einverständniserklärung zur Datenerhebung sind Teil dieser Vereinbarung.

Einverständniserklärung Datenerhebung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- die Richtigkeit meiner Angaben.
- dass ich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten bis 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung einverstanden bin.
- darüber informiert zu sein eine Kopie dieser Behandlungsvertrag und Einverständniserklärung auf der Website der Praxis downloaden zu können.

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 Einwilligung des Klienten an unbeteiligte Dritte weiterzugeben, mit Ausnahme, wenn ein berechtigtes Interesse der Praxis vorliegt (z. B. wenn die Praxis anwaltliche Hilfe braucht um eine Rechnungszahlung durchzusetzen).

§ 7 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>

§ 8 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 Klient / 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						