

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Pflichten nachkommen können.

Name: _____, Vorname: _____,

geboren am: _____

Telefon: _____

Zuzahlung: _____ Euro (10,00 Euro + 10% des Rezeptwerts)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die **obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen** an.

Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine **an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher**-telefonisch oder persönlich (keine SMS oder Mail) - abgesagt werden müssen.

Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können und werden mir gemäß § 61 SGB **privat** in Höhe des entstandenen finanziellen Terminwertes pro Therapieeinheit in Rechnung gestellt. Meine Krankenkasse zahlt diese Rechnung nicht. Dies gilt für Absagen oder Nichterscheinen aus allen Gründen.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe **innerhalb von 14 Tagen** nach Erhalt der Rechnung zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der Therapeutin/des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst. Zahlungen werde ich **fristgerecht** leisten.

Da ich Vorab-Dienstleistungen in Anspruch nehme, können nicht fristgerecht geleistete Zahlungen kostenpflichtig angemahnt werden. Entstehende Zusatzkosten durch die Bearbeitungs- und/oder Mahngebühren sind von mir zu zahlen und können, wie auch der Rechnungsbetrag, rechtlich eingefordert werden.

X _____

Unterschrift Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters

Datenweitergabe:

Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an externe Abrechnungsstellen - **ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Krankenbehandlungen** - erkläre ich mich einverstanden.

X _____

Unterschrift Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters

BITTE WENDEN

Haftung:

Die Haftung der Praxis für Physiotherapie HANSE-PHYSIO wird für Sach- und Vermögensschäden für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung – auch in Bezug auf Mitarbeiter – für Vorsatz.

X _____

Unterschrift Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters

Hiermit stimme ich dem Austausch über meine Krankengeschichte, Medikation sowie allen weiteren Informationen bzgl. meiner Patientenakte zwischen den Mitarbeitern der Praxis für Physiotherapie „Hanse-Physio“ und folgenden Personen und deren Mitarbeiter zu:

Name: _____ Anschrift: _____

Name: _____ Anschrift: _____

(Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf bedarf der Schriftform)

Aufklärung:

Die Mitarbeiter von HANSE-PHYSIO, Praxis für Physiotherapie haben mich zudem über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen und Techniken ein.

Uelzen, den _____ Patientin/Patient _____