

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: _____

Anschrift:

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Behandlung: _____ Preis pro Behandlung: _____ Euro (Anzahl: _____)

Behandlung: _____ Preis pro Behandlung: _____ Euro (Anzahl: _____)

Behandlung: _____ Preis pro Behandlung: _____ Euro (Anzahl: _____)

Befunderhebung (Einmalig je Verordnung) _____ Euro

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.

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.

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

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

BITTE WENDEN



Ich entbinde die Mitarbeiter der Praxis für Physiotherapie (auch Herrn Jan Peters als Sektoraler Heilpraktiker für Physiotherapie) von der Schweigepflicht in Bezug auf Daten und Informationen bezüglich meiner medizinischen Situation zum Zeitpunkt der Behandlungen gegenüber behandelnden Ärztinnen & Ärzten sowie weiteren medizinischen Dienstleistern welche in meine Behandlung involviert sind (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Heilpraktiker u.ä.).

Ich stimme einer Korrespondenz zwischen den behandelnden Ärztinnen & Ärzten und der Praxis für Physiotherapie HANSE-PHYSIO ausdrücklich zu.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf bedarf der Schriftform.

X _____

Unterschrift Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters

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 _____