

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

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

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Zuzahlung: _____ € Gesamthonorar: _____ € bzw. Honorar pro Behandlung: _____ €

Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen und nachstehenden Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das oben genannte Honorar an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine **mindestens 24 Stunden** an Werktagen vorher abgesagt werden müssen.

Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind und Freizeitaktivitäten hinten angestellt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte und nicht entschuldigte Termine können mir mit dem derzeit gültigen Verrechnungssatz meiner Krankenkasse gemäß § 615 BGB **privat in Rechnung gestellt** werden. Sollten zwei aufeinanderfolgende Termine von mir abgesagt werden, lege ich nach Aufforderung ein ärztliches Attest vor. Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, trage ich diese selbst.

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

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die von mir zu entrichtenden Zahlungen beim nicht wie oben beschrieben entschuldigtem Ausfall eines Termins oder der Nichtzahlung meiner Krankenkasse bei Aufforderung und Fälligkeit zahlen werde.

Mit der Weitergabe meiner **persönlichen Daten** an externe Abrechnungsstellen - ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Behandlungen - erkläre ich mich ebenso einverstanden (siehe auch „Aushang Patienteninformation Datenschutz“, sowie „Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung“ – separates Formular).

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Haftung: Die Haftung der Physiotherapiepraxis **Thomas Pielmeier Physiotherapeut** für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen - für Vorsatz.

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Aufklärung: Die Mitarbeiter der Physiotherapiepraxis **Thomas Pielmeier Physiotherapeut** haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Ich willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters