



Behandlungsvertrag

Lieber Patient, liebe Patientin,
wir freuen uns Sie (wieder) bei uns begrüßen zu dürfen. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und lesen Sie diese Vereinbarung sorgfältig durch. **Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie Ihren behandelten Therapeuten an.**

Name des Patienten: _____ Geb.: _____
Name des ges. Vertreters: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____ Mail: _____

Abweichende Rechnungsanschrift: (Den postalischen Versandt einer Rechnung stellen wir mit 2,-€ in Rechnung. Der Versandt per Mail ist kostenfrei.)

Name des Rechnungsempfängers: _____
Straße : _____
Ort: _____
Mail: _____

Schweigepflichtsentbindung

Mit meiner Unterschrift befreie ich die behandelnden Therapeuten der TheraPEP! GmbH gegenüber folgenden Personen / Institutionen von der Schweigepflicht.

Kindergarten Kindertagesstätte Schule Förderstelle
 Jugendamt Wohneinrichtung Senioreneinrichtung

Andere therapeutische Einrichtungen: _____

Sonstige Personen ohne Betreuungsvollmacht : (z.B. Kinder, Enkel, Lebenspartner)

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, bitten wir Sie folgende Punkte zu beachten:

- **Sie haben die Möglichkeit, einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen.**
Sollten Sie einen Termin später als 24 Stunden vor Beginn absagen, oder sollte der Termin nicht abgesagt werden, stellen wir den Terminausfall privat in Rechnung.
- Die **Zuzahlung** für gesetzlich Versicherte ist nach der **ersten** Behandlung fällig. Die Höhe der Zuzahlung beträgt zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung. Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben. Sollte die Anzahl der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, erhalten Sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.
- Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, müssen Sie die entsprechende Genehmigung oder Ausweis spätestens bis zum 2. Termin vorlegen. Einmal ausgestellte Rechnungen können nicht storniert werden.
- **Als privat Versicherter-, oder als Beihilfeberechtigter Patient, klären Sie bitte vor Behandlungsbeginn die Kostenübernahme durch Ihre Versicherung. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch eine Honorarvereinbarung zur Verfügung.**
- **Bitte kommen Sie pünktlich zu Ihren Terminen.** Wir möchten, im Interesse unserer Patienten, Wartezeiten möglichst vermeiden. Darum muss jede Behandlung pünktlich beginnen. Erscheinen Sie zu spät, so wird die verlorene Zeit von der Behandlungszeit abgezogen. Sollte die Behandlungsdauer nach den Vorgaben der Krankenkassen bzw. der Versicherung dadurch unterschritten werden, muss die Therapie ausfallen, und privat in Rechnung gestellt werden.
- Sollte bei Behandlungsbeginn noch keine **gültige** Verordnung vorliegen, so ist diese unverzüglich, spätestens nach 14 Tagen nachzureichen. Andernfalls werden die Termine privat in Rechnung gestellt.
- Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie eine **Einverständniserklärung zur Weitergabe von Informationen zum Zwecke der Abrechnung.** Die erforderlichen Informationen, insbesondere die ärztlichen Verordnungen, werden an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben.
- **Sie bestätigen zusätzlich, dass Sie durch den behandelnden Therapeuten über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen informiert wurde:**

Mein Therapeut hat mich über die Art, den Umfang und die Durchführung der Behandlung, über die zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme und die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Therapie mündlich, rechtzeitig und verständlich aufgeklärt.

Datum: _____

Unterschrift Patient : _____

Unterschrift ges. Vertreter : _____

Name / Unterschrift Therapeut : _____

Nur für Physiotherapiepatienten:

Ihre Verordnung "Krankengymnastik" beinhaltet jeweils einen 20-minütigen Termin mit Ihrer Therapeut:in. Von diesen 20 Minuten dienen ca 15 Minuten der Behandlung und 5 Minuten der Organisation sowie Dokumentation. Das ist die Grundversorgung der Krankenkasse. Bei uns haben Sie die Möglichkeit zusätzliche 20-Minuten Behandlungszeit für jeweils 35,- Euro hinzu zu buchen. Somit haben Sie einen 40 Minuten Termin mit Ihrer Therapeut:in.

Ja, ich möchte für jeweils 35,-€ pro Behandlung 20 Minuten Therapiezeit hinzubuchen

Unterschrift Patient : _____