

# Behandlungsvertrag

## ZWISCHEN

Therapiepraxis-Zierold

Inhaberin: Katharina Zierold

Alte Schweinitzer Straße 10

06917 Jessen (Elster)

Tel.: 03537 / 2303221

Mail: [info@therapiepraxis-zierold.de](mailto:info@therapiepraxis-zierold.de)

[www.therapiepraxis-zierold.de](http://www.therapiepraxis-zierold.de)



## UND

Patient / Patientin (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, Hausnummer, Ort): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E – Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung (Gesetzlich?  
Beihilfe-Privat? Privat?): \_\_\_\_\_

Zuweisende/r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen – Ihre Angaben sind freiwillig!)

## 1. Vergütung der Therapieleistungen

### a. Privatpatienten

Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem 01.01.2019 begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel

Die derzeit gültigen Vergütungssätze, für die für Sie verordneten physiotherapeutischen Therapiemethoden bzw. Leistungen werden Ihnen separat ausgehändigt (Honorarvereinbarung).

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist behalten wir es uns vor, nach weiterer Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu erheben.

### b. Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung.

## 2. Ausfallgebühr

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für Sie als Patientin/Patient einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir es uns vor, Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung zu stellen.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, würden wir Ihnen den Betrag in Rechnung stellen, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, erfragen Sie bitte im konkreten Fall bei uns an der Rezeption.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht (z. B. Kosten für Wärmeanwendungen).

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.



### 3. Datenweitergabe zur Abrechnung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben (siehe auch Datenschutzgrundverordnung).

### 4. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche, berufsgenossenschaftliche und privatärztliche Verordnungen), die der Patient der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigt.

### 5. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze (auf individuelle Anfrage – Rezeption) sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages ist mir ausgehändigt worden.

---

Ort und Datum

---

Patientin / Patient

---

Gesetzlicher Vertreter der Patientin/ des Patienten

---

Zeichnungsberechtigter Mitarbeiter\*in der Praxis