

## Behandlungsvertrag

---

Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in des/der Patienten/in

---

Geburtsdatum des/der Patienten/in

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

---

Telefonnummer

### 1. Vergütung der Therapieleistungen

Die Vergütungssätze gelten für alle Behandlungen, die ab \_\_\_\_\_ begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Befunderhebung
- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel
- Physiotherapeutische Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden (Heilpraktikerleistungen, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie)
- Osteopathische Behandlungen

Die derzeit gültigen Vergütungssätze sind diesem Vertrag als Anlage beigelegt. Wir rechnen nach GebüTH (Gebührenübersicht für Therapeuten) ab. Die in der GebüTH festgelegten Vergütungen stellen eine Übersicht der in der Bundesrepublik Deutschland von Heilmittelerbringern abgerechneten üblichen Vergütungen dar und werden regelmäßig aktualisiert. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) hierzu sind in der jeweils aktuellen Version im Internet unter [www.privatpreise.de](http://www.privatpreise.de) veröffentlicht.

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 30 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.

### 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 beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

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

### 3. Datenschutz

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben (siehe auch Punkt 4). Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie

haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover.

#### 4. Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich meine/n mich behandelnde/n Therapeuten/in von ihrer/seiner Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass diese/r gegenüber dem/der verordnenden Arzt/Ärztin die erforderlichen Auskünfte im Zusammenhang mit meiner Behandlung erteilt (Therapiebericht). Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

#### 5. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen, die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Heilpraktikerleistungen, Osteopathische Behandlungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

#### 6. Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend von dem/der verordnenden Arzt/Ärztin über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

ja             nein

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem/r Therapeuten/in durchgeführt. Ebenfalls wird der/die Therapeut/in Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

#### 7. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir ausgehändigt worden.

---

Datum

---

Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in des/der Patienten/in

---

Zeichnungsberechtigte/r Mitarbeiter/in der Praxis