Behandlungsvertrag

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

Zahlung:

Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden** vorher - telefonisch oder persönlich (keine SMS und/oder E-Mail) - abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** mit pauschal ***25 Euro pro 20-minütiger Therapieeinheit in* Rechnung gestellt werden.** Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V (10 € pro Rezept und 10% des Gesamtpreises) sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst. Um in der Praxis Unkosten 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.

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

Haftung:

Die Haftung der Vital Zentrum für Physiotherapie Früh & Gottwald GmbH für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung auch in Bezug auf Mitarbeiter für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

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