

Physiotherapie Wicht
für Kinder und Erwachsene
Inh. Jana Horn
Bahnhofstraße 20, 30974 Wennigsen
Tel.: 05103/5035430, Fax: 05103/5035428
kg-wennigsen@t-online.de, www.kg-wennigsen.de

Behandlungsvertrag

Vor Beginn der Behandlung schließen wir mit Ihnen einen Behandlungsvertrag. Dieser Behandlungsvertrag informiert Sie über die Behandlungskosten und die Regelung zur Terminvereinbarung.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Verordnung vom: _____ von: _____

Behandlungskosten für gesetzlich versicherte Patienten

Die Abrechnung der o.g. genannten Verordnung (und Folgeverordnungen) erfolgen zu den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit **10% zuzahlungspflichtig**. Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Krankenkassensätze. Der genaue Betrag wird durch Quittung ausgewiesen. Ebenfalls fällt eine Gebühr von **10,00 € pro Rezept** an. Die Beiträge müssen während des laufenden Rezeptes bezahlt werden. Die Zuzahlung gilt nicht für Berufsgenossenschaften und die Postbeamtenkrankenkasse.

Behandlungskosten für privat versicherte Patienten

Die Kosten für die Behandlung entnehmen Sie bitte unserer aktuellen **Preisliste**, Information bekommen Sie an der Anmeldung.

Terminvereinbarung

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die ausschließlich nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist nur für Sie reserviert. Wenn Sie den vereinbarten Behandlungstermin **nicht einhalten können**, müssen Sie mindestens **24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Das Risiko, dass Sie kurzfristig verhindert sind, können wir als Praxis nicht übernehmen. 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 (24 Stunden vorher) absagen, wird Ihnen dies mit **20,00€** in Rechnung gestellt - falls der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass **Annahmeverzug** gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die vorstehenden Hinweise zu Behandlungskosten und zur Terminvereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelung an und willige in die durchführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein. Ein Exemplar dieses Behandlungsvertrags habe ich erhalten.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____