

PRAXISVEREINBARUNG

Schön, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Als Physiotherapiepraxis Krauzick Friedensstraße 4, 02959 Schleife, schließen wir mit Ihnen

Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.: _____ einen Behandlungsvertrag ab, um die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen .

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen.

Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge) Die Praxis rechnet direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.

Zuzahlung GKV-Versicherte: Sie zahlen einen Eigenanteil von 10 € plus 10 % der Therapiekosten Ihrer Heilmittelverordnung. **Der Betrag ist ab der ersten Behandlung in bar / per EC zu entrichten.**

Privatpatienten, unsere aktuelle Preisliste für Privatpatienten liegt für Sie in der Praxis aus. Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig zu bezahlen, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung.

Terminregeln und Ausfallgebühr Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Der vereinbarte Termin ist exklusiv für Sie reserviert. Ein Anspruch auf eine bestimmte Behandlungszeit besteht nur bei Pünktlichkeit. Bei Verspätungen verkürzt sich die Behandlungszeit entsprechend. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, ist dieser **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen (telefonisch, WhatsApp oder per E-Mail). Müssen wir einen Termin absagen (z.B. Krankheit Therapeut) wird ein nächstmöglicher Ersatztermin angeboten.

Ausfallgebühr: Erfolgt die Absage nicht fristgerecht (**unter 24 Stunden**) oder Nichterscheinen des Patienten, stellt die Praxis eine Ausfallgebühr in Rechnung. Diese richtet sich nach der geplanten Behandlungsdauer 15 Min.: 15,00 € | 30 Min.: 30,00 € | 45 Min.: 45,00 € | 60 Min.: 60,00 €

Hinweis: Die Berechnung entfällt, sofern die Praxis den Termin kurzfristig an einen anderen Patienten vergeben konnte. Die Ausfallgebühr ist eine reine Privatleistung und wird nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Datenschutz & Geltungsdauer: Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowie gesundheitsbezogene Angaben zur Durchführung der Behandlung, zur Dokumentation und zur Abrechnung unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO) verarbeitet und gespeichert werden. Dieser Behandlungsvertrag bildet die Grundlage für die aktuelle sowie für alle zukünftigen physiotherapeutischen Behandlungen in unserer Praxis. Er bleibt unbefristet wirksam, solange eine Behandlung in Anspruch genommen wird. Änderungen der persönlichen Daten oder des Versicherungsstatus sind der Praxis unverzüglich mitzuteilen. Der Vertrag kann von beiden Seiten jederzeit schriftlich gekündigt werden. Die jeweils aktuellen AGB und Preislisten hängen in der Praxis aus.

Anerkennung und Unterschrift: Ich bestätige, die vorstehende Praxisvereinbarung, inklusive der Regelungen zum Ausfallhonorar, zur Datenschutzhinweise sowie zur Geltungsdauer, vollständig gelesen und verstanden zu haben. Ich akzeptiere diese Bestimmungen als verbindliche Grundlage unserer Zusammenarbeit.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____
(bei Minderjährigen: Unterschrift Erziehungsberechtigte/r): _____