

Behandlungsvertrag

Zwischen Patient/in Herr/Frau (nachfolgend der/die Patient/in)

Name: _____

Anschrift: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

und dem sektoralen Heilpraktiker für Physiotherapie Robert Wezorke, Geseker Str. 53a, 33154 Salzkotten

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung

1. Ihre Behandlung unterliegt den Regelungen eines Dienstvertrags nach §§ 630a ff BGB (Behandlungsvertrag). Ein Therapieerfolg wird damit nicht garantiert.
2. Falls Sie nicht selbst einwilligungsfähig sind, werden betreuende Personen entsprechend aufgeklärt. Minderjährige/nicht einwilligungsfähige Personen benötigen die Zustimmung durch Betreuende.
3. Die Behandlung ist nicht durch eine gesetzliche Gebührenordnung geregelt. Der Patient trägt die Kosten für die Behandlung selbst und bleibt in jedem Falle zur Zahlung der vereinbarten Kosten für die Behandlung verpflichtet.

Es gelten die Regelungen des Bundesgesetzbuches über den Dienstvertrag. Auf der Grundlage der Preisliste (siehe unten) wird eine verbindliche Honorarvereinbarung zwischen Patient und Dienstleister getroffen. Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Mit seiner Unterschrift erkennt der Patient das entsprechende Honorar für die durchführende Behandlung an.

Preisliste:

15 Minuten – 25€

30 Minuten – 50€

45 Minuten – 75€

60 Minuten – 100€

4. Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen Patient und Dienstleister. Zwischen dem Dienstleister und der Krankenversicherung des Patienten bzw. der Beihilfe besteht ausdrücklich keine Rechtsbeziehung.

5. Therapiemaßnahmen:

Der Patient wird durch den behandelten Therapeuten mündlich über die Therapie in Art, Umfang, Durchführung und möglicher Risiken, aufgeklärt. Ihm wird ein Ausblick auf den Therapieverlauf gegeben und er wird informiert, was er selbst zum Erfolg der Therapie beitragen kann.

6. Versprechen auf Heilung:

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gegeben wird.

Terminregeln und Ausfallgebühr

Das Stattfinden der Behandlung liegt in Ihrer Verantwortung.

Die Termine erfolgen nach Vereinbarung, so können lange Wartezeiten bis zum Beginn der Therapie vermieden werden. Dies bedeutet jedoch auch, dass der Patient, wenn er den vereinbarten Termin nicht einhalten kann, diesen spätestens 24 Stunden im Voraus absagen muss, damit der Therapeut die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen kann.

Ausfallgebühr: Bei späterer Absage oder Nichterscheinen ist der Dienstleister gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte.

Das Ausfallhonorar beträgt 50€.

7. Einwilligung:

Den Behandlungsvertrag habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus, wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ort, Datum / Unterschrift Patient

Einwilligungserklärung in die Datenvereinbarung

Ich bin einverstanden, dass durch den Dienstleister meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass eine Verweigerung meines Einverständnisses zur Folge hat, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt
- alle relevanten Behandlungsinhalte in einer Patientenakte dokumentiert werden und für mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Einsicht, Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser schriftlich zu richten an:

Robert Wezorke, Geseker Str. 53a, 33154 Salzkotten

Die Einwilligungserklärung zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden und willige mit meiner Unterschrift ein

Ort, Datum /Unterschrift Patient