

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. Behandlungsvertrag

Ihre Behandlung erfolgt auf Grundlage eines Dienstvertrages gemäß §§ 630a ff. BGB (Behandlungsvertrag).

Ein bestimmter Therapieerfolg oder eine Heilung kann nicht garantiert werden.

2. Einwilligungsfähigkeit

Falls Sie nicht selbst einwilligungsfähig sind, werden Ihre Sorgeberechtigten entsprechend aufgeklärt.

Minderjährige sowie nicht einwilligungsfähige Personen benötigen die Einwilligung ihrer gesetzlichen Vertreter oder sonstigen vertretungsberechtigten Personen.

3. Vergütung

Die Behandlung unterliegt keiner gesetzlichen Gebührenordnung.

Der Patient trägt die Kosten der Behandlung selbst und bleibt in jedem Fall zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

Es gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über den Dienstvertrag. Grundlage der Vergütung ist die nachfolgende Preisliste. Zwischen Patient und Dienstleister wird hiermit eine verbindliche Honorarvereinbarung geschlossen.

Das Honorar richtet sich nach dem tatsächlichen Zeitaufwand der Behandlung. Mit seiner Unterschrift erkennt der Patient die vereinbarte Vergütung an.

Die Vergütung ist unmittelbar nach der Behandlung bzw. nach Rechnungsstellung ohne Abzug fällig, sofern keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Heilpraktikerleistungen

Behandlungsdauer	Honorar
15 Minuten	25,00 €
30 Minuten	50,00 €
45 Minuten	75,00 €
60 Minuten	100,00 €

3a. Abrechnung bei privatversicherten Patienten

Für privat krankenversicherte Patienten orientiert sich die Vergütung der Behandlung an den jeweils gültigen Vergütungssätzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für die Rechnungsstellung werden diese Vergütungssätze mit dem Faktor **1,8** multipliziert.

Der Patient erklärt sich mit dieser Vergütungsvereinbarung ausdrücklich einverstanden.

Die Vergütung ist vom Patienten unabhängig von einer Erstattung durch eine private Krankenversicherung, Beihilfe oder sonstige Kostenträger vollständig zu entrichten.

Vertragspartner des Dienstleisters ist ausschließlich der Patient. Die Verpflichtung zur vollständigen Begleichung der Rechnung besteht unabhängig von der Höhe einer möglichen Kostenerstattung durch die private Krankenversicherung, Beihilfe oder sonstige Kostenträger.

Eine Rechtsbeziehung zwischen dem Dienstleister und der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe besteht nicht.

Dem Patienten ist bekannt, dass Art und Umfang der Kostenerstattung von den jeweiligen Versicherungsbedingungen abhängen und eine vollständige Erstattung der Behandlungskosten nicht gewährleistet werden kann. Eine gegebenenfalls verbleibende Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag und der Erstattung durch den Kostenträger ist vom Patienten selbst zu tragen.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, über die Abrechnungsmodalitäten für privatversicherte Patienten informiert worden zu sein und dieser Vereinbarung zuzustimmen.

Vergütung Privatversicherte (20-Minuten-Einheit)

Leistung	Vergütung
KG	53,30 €
MT	64,00 €

4. Rechtsbeziehung zu Kostenträgern

Eine Rechtsbeziehung besteht ausschließlich zwischen dem Patienten und dem Dienstleister.

Zwischen dem Dienstleister und gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen, Beihilfestellen oder sonstigen Kostenträgern besteht keine unmittelbare Rechtsbeziehung.

Die Erstattung der Behandlungskosten ist ausschließlich Angelegenheit des Patienten.

5. Therapiemaßnahmen

Der Patient wird durch den behandelnden Therapeuten mündlich über Art, Umfang, Durchführung sowie mögliche Risiken der Therapie aufgeklärt.

Darüber hinaus erhält er Informationen über den voraussichtlichen Therapieverlauf sowie Hinweise dazu, wie er selbst zum Erfolg der Behandlung beitragen kann.

6. Hinweis zum Behandlungserfolg

Für keine der angebotenen Behandlungsmethoden wird eine Garantie auf Heilung oder Linderung übernommen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein bestimmter Behandlungserfolg nicht zugesichert werden kann.

7. Terminregelung und Ausfallhonorar

Die Wahrnehmung vereinbarter Behandlungstermine liegt in der Verantwortung des Patienten.

Die Behandlung erfolgt ausschließlich nach Terminvereinbarung. Dadurch können Wartezeiten weitgehend vermieden werden.

Sollte ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden können, ist dieser spätestens **24 Stunden vorher** abzusagen.

Erfolgt die Absage später oder erscheint der Patient nicht zum Termin, ist der Dienstleister gemäß § 615 BGB berechtigt, ein Ausfallhonorar zu berechnen, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Das vereinbarte Ausfallhonorar beträgt 50,00 €.

Einwilligung

Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen und verstanden.

Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die vorgesehenen Therapiemaßnahmen aufgeklärt. Im Aufklärungsgespräch konnte ich alle mich interessierenden Fragen stellen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass der Dienstleister meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken erhebt, verarbeitet und nutzt:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- therapeutische Dokumentation
- Erstellung von Behandlungsberichten

Ich wurde darüber informiert, dass

- die erhobenen personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO und des BDSG verarbeitet und gespeichert werden,
- die Einwilligung freiwillig erfolgt und ihre Verweigerung dazu führen kann, dass der Behandlungsvertrag nicht zustande kommt bzw. nicht durchgeführt werden kann,
- alle relevanten Behandlungsunterlagen in einer Patientenakte dokumentiert und – soweit gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen – mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden,

- ich jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung sowie – soweit gesetzlich zulässig – Löschung meiner personenbezogenen Daten habe,
- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Der Widerruf ist zu richten an:

Robert Wezorke
Geseker Straße 53a
33154 Salzkotten

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden und willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient
