

Behandlungsvertrag für Privatpatienten

zwischen

PHYSIO KETTWIG
Hauptstr.43-61
45219 Essen-Kettwig

und

Max Mustermann
Musterstr. 123
12345 Musterstadt

01. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Kommen Sie daher bitte pünktlich.

02. Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte **mindestens 24 Stunden vorher ab**. Nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach den für die Behandlung vereinbarten Vergütungssätzen.

03. Therapeutische Leistungen ohne ein gültiges Rezept werden in Rechnung gestellt und sind ohne Abzüge und in vollem Umfang vom Patienten zu bezahlen.

04. Sollte aufgrund von formalen Fehlern eine Rezeptänderung notwendig sein, muss der Patient die nötige Korrektur eigenverantwortlich beim Verordner veranlassen.

05. Da es aufgrund von terminlichen Engpässen leider zu Behandlungswartezeiten kommen kann, bitten wir Sie, sich frühzeitig um Folgetermine zu kümmern.

06. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art.9 Abs.2 lit. h DSGVO. Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistung gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung / Dienstleistung aufzubewahren.

Wir behandeln alle Daten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion.

Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung, Absage oder zur Terminerinnerung per E-Mail nutzen wollen, wird diese E-mail Adresse einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Die automatisierte Terminerinnerung ist ein Service der Praxis, ein Anspruch hierauf besteht nicht.

07. Für die vereinbarten Behandlungstermine sind die von der Praxis ausgehändigten Terminzettel bindend.

08. Das Absagen oder Verändern von Behandlungsterminen muss persönlich oder telefonisch erfolgen.

09. Die Honorarsätze sind im Vorfeld zu erfragen und werden als bekannt vorausgesetzt.

10. Die Honorarsätze sind durch den Versicherten / Patienten zu begleichen, unabhängig davon, ob die Versicherung diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet.

11. Zu den Terminen bringen Sie bitte ein Handtuch mit.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie ausdrücklich an.

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Unterschrift PHYSIO KETTWIG

4. Oktober 2018