

BEHANDLUNGSVERTRAG

Physiotherapie Aron Krippendorf

Heilpraktiker (Physiotherapie)



0176 82 55 13 67



info@physio-krippendorf.de



Stursberg I 56
42899 Remscheid

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Therapieangebot entschieden haben.

Als mobile Privatpraxis für **Physiotherapie Aron Krippendorf / Heilpraktiker (Physiotherapie)** (Stursberg I 56, 42899 Remscheid, Tel.: 0176 82 55 13 67) schließen wir diesen Behandlungsvertrag mit Ihnen als Patient:in, um die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen.

Name:

Geboren am:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen. Bitte unterzeichnen Sie zusätzlich die beiliegenden Dokumente:

Datenschutz, Preisliste und Honorarvereinbarungen.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam vor der Unterzeichnung zur Verfügung.

Bei Ihrem ersten Termin klärt Ihre Therapeut:in Sie über Umfang, Ablauf und mögliche Ergebnisse der Behandlung auf.

Falls Sie nicht selbst einwilligungsfähig sind, werden betreuende Personen entsprechend aufgeklärt. Minderjährige/nicht einwilligungsfähige Personen benötigen die Zustimmung durch Betreuende.

Therapeutische Behandlungen können den gesamten Körper beeinflussen und Risiken bergen, über die wir Sie (Ihre betreuende Person) bei Notwendigkeit informieren. Ein Therapieerfolg wird nicht garantiert.

Grundsätze der Zusammenarbeit

Für eine erfolgreiche Therapie verpflichten sich beide Vertragspartner:innen zu diesen Grundsätzen:

Ihre Therapeut:in informiert Sie mündlich über alle therapie relevanten Aspekte – Rückfragen sind jederzeit möglich. Sie informieren uns über gesundheitliche Veränderungen und beteiligen sich aktiv an der Therapie. Eigenübungen und Empfehlungen im Rahmen der Therapie führen Sie eigenverantwortlich aus, um Ihre Therapieziele zu erreichen. Die Haftung der Praxis beschränkt sich auf Handlungen während der therapeutischen Behandlung. Unerwartete Beschwerden oder Einschränkungen teilen Sie uns umgehend mit. In Notfällen wenden Sie sich direkt an Ihre Arztpraxis oder die Notaufnahme. Alle relevanten Behandlungsinhalte werden in Ihrer Patientenakte dokumentiert, die für mindestens 10 Jahre aufbewahrt wird. Sie haben das Recht auf Einsicht und können eine Abschrift gegen Entgelt anfordern.



Wirtschaftliche Aufklärung

Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler:innen:

Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der beiliegenden Honorarvereinbarung und/oder der Preisliste. Bitte erkundigen Sie sich vor Antritt der Behandlung entsprechend bei Ihrem Kostenträger. Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen – unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung. Die Rechnungsstellung erfolgt nach Beendigung der Verordnung. Nach Absprache sind auch Zwischenrechnungen möglich. Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen.

Terminregeln und Ausfallgebühr

Terminregeln

Jeder Termin wird exklusiv für Sie reserviert. Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens **12 Stunden vorher abzusagen**.

Ausfallgebühr

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den **Ausfall in Rechnung zu stellen**, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte. Das **Ausfallhonorar beträgt 50€**. Sollte der Therapeut **bereits vor der Haustüre** stehen **oder auf dem Weg zu Ihnen** sein, wird zudem die **Hausbesuch Pauschale in Höhe von 40€** berechnet, **wodurch die Ausfallgebühr 90€ beträgt**.

Die Praxis informiert Sie, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung.

Gesundheitliche Aufklärung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind. Sollte im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung, Anamnese und Befunderhebung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.



Geltung des Behandlungsvertrags

Der Vertrag tritt mit Ihrer Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Durchführung aller Erst- und Folgeverordnungen bzw. Erst- und Folgebehandlungen, bis er von einer der beiden Seiten aufgelöst wird.

Änderungen oder Ergänzungen müssen schriftlich vereinbart werden. Bei Preisänderungen wird eine bestehende Honorarvereinbarung seitens der Praxis aufgelöst und neu vereinbart, bevor weitere Behandlungen stattfinden.

Beendigung des Behandlungsvertrags

Sie können den Vertrag jederzeit mündlich ohne Angabe von Gründen beenden; geplante Termine werden storniert. Die Praxis kann den Vertrag beenden, wenn: empfohlene Maßnahmen oder Beratungsinhalte abgelehnt werden; falsche oder unvollständige Angaben gemacht wurden; Ihre Lebensführung die Therapieziele verhindert; Zahlungen ausstehen. Eine Wiederaufnahme des Vertrags ist bei Einigung möglich.

Haftungsausschluss

Die Haftung der Physiotherapie Praxis Krippendorf für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen - für Vorsatz.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient:in, / Betreuer:in

.....
Unterschrift Praxisinhaber /
Praxisstempel



Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Physiotherapie Aron Krippendorf
Burscheider Straße 539
51381 Leverkusen

Zweck der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen u.a. Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können wir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten etc., bei denen Sie in Behandlung sind/waren, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe). Zudem werden Ihre persönlichen Daten in einer Praxissoftware verarbeitet. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Physiotherapeuten, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein.

Speicherung Ihrer Daten

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

Beschwerderecht

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht zu, sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient:in, / Betreuer:in

.....
Unterschrift Praxisinhaber /
Praxisstempel

PREISLISTE

Physiotherapie Aron Krippendorf



0176 82 55 13 67



info@physio-krippendorf.de



Stursberg I 56
42899 Remscheid

Heilmittel	Termindauer	Preis
Krankengymnastik	20 min	52€
Krankengymnastik ZNS (neurologisch)	30 min	83€
Krankengymnastik ZNS Kinder	40 min	103€
Manuelle Therapie	20 min	63€
Manuelle Lymphdrainage	30 min	63€
	45 min	95€
	60 min	126€
Klassische Massagetherapie	20 min	49€
Hausbesuch inkl. Wegegeld	-	40€

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient:in, / Betreuer:in

.....
Unterschrift Praxisinhaber /
Praxisstempel (optional)