

# BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen

Patient / Patientin: \_\_\_\_\_  
Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

und

der Physiotherapie „Physio am Westkreuz C. Rudolph“, Prinzessinweg 6, 26122 Oldenburg

## I. Vergütung der Therapieleistungen

### I.a. Privatpatienten

Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem **01.01.2022** begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel

Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen physiotherapeutischen Therapiemethoden sowie die Behandlungszeiten sind diesem Vertrag als Anlage beigefügt und hängen in der Praxis aus.

Die Vergütungen für Behandlungen sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.

### I.b. Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung. Die Zuzahlung ist zur **dritten Behandlung** fällig.

## 2. Ausfallgebühr

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen, dies gilt **auch bei Krankheit**. damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und uns abgeschlossen worden ist. Diese fügen wir als Anlage diesem Vertrag bei.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

### 3. Datenweitergabe zur Abrechnung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.

Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungsstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung mit der Firma, AS Abrechnungsstelle für Heil-, Hilfs- und Pflegeberufe AG Bremen, zusammen. Die Verrechnungsstelle erstellt in unserem Auftrag die Rechnung und zieht unsere Honorarforderung ein. Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie widerruflich Ihr Einverständnis, die zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an die o. g. Verrechnungsstelle zu übermitteln. Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen mit Behandlungsdatum, die dazugehörigen Diagnosen sowie Ihren Namen, Ihre Anschrift und Ihr Geburtsdatum.

### 4. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen), die der Patient der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigt. Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

### 5. Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine 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.

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung 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.

### 6. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages ist mir ausgehändigt worden. Die Angabe der Telefonnummer dient ausschließlich zur Terminkoordination, und kann jederzeit widerrufen werden.

---

Datum

---

Patientin / Patient

---

Gesetzlicher Vertreter der Patientin/ des Patienten

Betroffenenrechte nach Art. 13 DSGVO finden Sie unter:  
[www.physio-westkreuz.de/ds.pdf](http://www.physio-westkreuz.de/ds.pdf)



Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen:  
[www.physio-westkreuz.de/AGB\\_Physio.pdf](http://www.physio-westkreuz.de/AGB_Physio.pdf)



Die Angabe der Telefonnummer dient ausschließlich zur Terminkoordination, und kann jederzeit widerrufen werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

---

Datum

---

Patientin / Patient

---

Gesetzlicher Vertreter der Patientin/ des Patienten