

# Behandlungsvertrag Physiotherapie - Praxis Dresden

zwischen  
Praxis 111 - Sylvia Mühlhans, Wittenberger Str. 111, 01277 Dresden  
und

Namen des Patienten .....

Geburtsdatum .....

Name des Erziehungsberechtigten .....

Adresse .....

Telefonnummer .....

E-Mail .....

## 1. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die physiotherapeutische Behandlung des Patienten, in diesem Fall Ihrer Person, Ihres Kindes/er.

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Demnach sind vereinbarte Termine ausschließlich für Sie reserviert. Sie sind daher verpflichtet, mit uns bereits vereinbarte und damit reservierte Termine **24 Stunden vorher abzusagen**. Die Absage hat telefonisch auch per Anruferberater oder per E-Mail zu erfolgen.

Anderenfalls, d.h. bei Nichtabsage oder kurzfristigeren Absagen behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die **Ausfallgebühren in Höhe der Vergütungsregelung** in Rechnung zu stellen. Dem ist vorausgesetzt, dass wir trotz intensiver Bemühungen den Termin nicht an andere Patienten weiter vergeben konnten.

## 2. Gesetzliche Regelung der Krankenkassen

Ein vom Arzt ausgestelltes Rezept verliert nach **28 Tagen** (einschl. Samstag und Sonntag) seine **Gültigkeit**. Unterbrechungen wegen Krankheit bzw. Urlaub handhabt jede Krankenkasse auf Anfrage individuell.

Die Zuzahlung von **10,00 € Rezeptgebühr plus anteilig 10%** des Rezeptwertes sind spätestens bei Vorlage der Rechnung, in der Regel zum 2. Termin, jedoch spätestens zum 3. Termin in **bar** oder per **EC-Karte** zu entrichten. Wir akzeptieren **keine** Debit und Kreditkarten, auch ist die Zahlung über Ihr Handy nicht möglich. Die Zuzahlung wird nach § 302 SGB berechnet.

## 3. Privatpatienten

Unabhängig des Erstattungsverhaltens von Beihilfe und privater Krankenversicherungen, ist die Rechnung in voller Höhe **per EC-Karte** oder **in bar** zu bezahlen. Wir akzeptieren **keine** Debit und Kreditkarten, auch ist die Zahlung über Ihr Handy nicht möglich.

Möchten Sie **per Rechnung** bezahlen, erstellen wir Ihnen gerne eine Rechnung zur Überweisung. Dafür erheben wir eine **Bearbeitungsgebühr von 1,00 €** bei Zustellung **per E-Mail** und **1,80 €** bei Zustellung **per Brief/Postweg**.

Sie haben das Recht auf Einsicht in Ihre Patientenakte, jedoch nicht auf Herausgabe der Originale. Kopien ihrer Unterlagen erhalten Sie von uns gegen eine Gebühr von 0,30 € pro Blatt.

Wir übernehmen keine Haftung für mitgebrachte Wertgegenstände.

#### 4. Terminvereinbarung

Hiermit bestätige ich meine bereits vorgenommenen Terminvereinbarungen an folgenden Tagen:

.....

#### 5. Datenschutz

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber.

Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können zum Zwecke der Abrechnung an ein von uns beauftragtes Rezeptabrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wir bitten Sie, sofern vorhanden, um Angabe Ihrer Email Adresse, insbesondere bei Notwendigkeit der kurzfristigen Terminabsage bzw Verschiebung im akuten Krankheitsfall unsererseits. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis zur Information per Mail.

Bitte reichen Sie folgende Unterlagen spätestens **2 Werktage** vor Ihrem ersten Termin bei uns ein:

- ausgefüllter Behandlungsvertrag und Anamnesebogen Physiotherapie

Bitte bringen Sie folgendes zu Ihrem Behandlungstermin mit:

- Rezept
- Versicherungskarte
- Badehandtuch oder Bettlaken, kleines Handtuch, Waschlappen

.....  
Ort, Datum

.....  
Patienten/in / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter\*

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

# Anamnesebogen Physiotherapie

Name

Alter

Tätigkeit

Sport

1. Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

2. Wie und wobei machen sich Beschwerden im Alltag bemerkbar?

3. Welches Ziel wollen Sie durch die Therapie erreichen?

4. Wodurch werden Beschwerden ausgelöst bzw. verstärkt? (best. Position/ Bewegung/ Belastung)

5. Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Wärme / Kälte / best. Position / Bewegung)

6. Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

7. Welche Therapien, ärztlichen Untersuchungen o.ä. sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

8. Leiden Sie an chronische Erkrankungen?

9. Hatten Sie Unfälle, Stürze, schwere Verletzungen oder Operationen?  
(Datum / Art des Unfalles / der Verletzung / zurückgebliebene Folgeschäden)

10. Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Und wenn ja welche?

**Bitte bringen Sie folgendes zu Ihrem Behandlungstermin mit:**

- Rezept
- Versichertenkarte
- Badehandtuch oder Bettlaken, kleines Handtuch, Waschlappen

Vielen Dank für Ihre Zuarbeit