**Behandlungsvertrag**

zwischen

**Stefanie Seegets -Physiotherapiepraxis**

**Klosterstraße 6**

**92521 Schwarzenfeld**

und

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Straße/Hausnummer |  |
| Postleitzahl/Ort |  |
| E-Mail |  |
| Telefonnummer |  |

1. Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische, heilkundliche Behandlung mit physiotherapeutischen Maßnahmen. Sie beinhaltet auch die physiotherapeutische Behandlung und Beratung.

1. Aufklärung

Die Heilpraktikerin der Physiotherapie hat mich insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen, sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt. Zudem bin ich über folgendes aufgeklärt worden:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Behandlungshinweise

Die Behandlung eines Heilpraktikers ersetz keine ärztliche Therapie. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die Heilpraktikerin die Weiterleitung an einen Arzt veranlassen.

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gegeben wird

1. Ausfallgebühr

Wenn sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitte beachten Sie diesen mindestens 24h vorher abzusagen. Der gebuchte Termin wird für sie reserviert und freigehalten. Das bedeutet, dass kein anderer Patient in dieser Zeit behandelt wird. Deshalb behalte ich mir vor, bei nicht rechtzeitiger Terminabsage oder Nichterscheinen zum Termin den Rechnungsbetrag in voller Höhe zu stellen.

1. Honorar

Die Vergütung physiotherapeutischer Leistungen hin erfolgt auf privatrechtlicher Honorarbasis. Diese Honorarsätze gelten als vereinbart und sind durch den Patienten/ Versicherten zu begleichen.

Der Rechnungsbetrag wird unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und / oder Private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich vor Antritt der Behandlung entsprechend bei Ihrem Kostenträger.

Die aktuelle Preisliste für Selbstzahler und Privatversicherte finden sie als Aushang in der Praxis oder auf der Website.

Die Behandlungskosten sind in Barzahlung oder per Überweisung (innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungserhalt**)** zu begleichen.

1. Schweigepflicht/Schweigepflichtsentbindung

Die Heilpraktikerin verpflichtet sich über alles Wissen, das sie in ihrer Berufsausübung über die Patienten erhält, Stillschweigen zu bewahren. Sie offenbart das Berufsgeheimnis nur dann, wenn der Patient sie von der Schweigepflicht entbindet.

Ich entbinde Frau „Stefanie Seegets – Physiotherapiepraxis“ von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

* Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Andere Ärzt:innen (Name, Adresse, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Weitere Personen (Name, Adresse, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Datenschutz

Den Aushang zur DSGVO habe ich gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

(Datenschutzerklärung s. Website oder Aushang in der Praxis)

1. Einwilligung

Die oben aufgeführten Punkte habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an und erkläre mich in die Behandlung der Praxis: Stefanie Seegets – Physiotherapiepraxis einverstanden. Zudem habe ich eine Aufklärung und ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift