

Rehazentrum Ahrensburg

Inh. Frank Remesat

Physiotherapie • Med. Trainingszentrum

BEHANDLUNGSVERTRAG für privat Versicherte

Name, Vorname (und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Geburtsdatum (Patient)

Straße

Wohnort

Telefon (priv.)

Mobil

Angaben zur Statistik: Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet

Flyer

Zeitungsanzeige

Arzt, welcher? _____

Empfehlung

Auf Grundlage der ärztlichen Verordnung von Heilmitteln durch den behandelnden Arzt des Patienten wird Folgendes vereinbart:

1. Die ärztlich verordnete Therapie für den o.g. Patienten wird gemäß Patientenrechtegesetz nach anerkanntem, fachlichen Standard erfolgen.

2. Der Patient verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachten Leistungen.

Die Behandlung von Privatpatienten ist nicht abschließend durch eine Gebührenordnung, auch nicht durch die GOÄ, geregelt. Es gelten die Regelungen des BGB über den Dienstvertrag. In unserer Physiotherapiepraxis berechnen wir durchschnittlich das 1,4-fache des VdEK Regelsatzes (der 2,3-fache Satz wäre möglich).

Die aushängende Preisliste ist Bestandteil dieses Vertrages. Auf der Grundlage dieser Preisliste und der jeweiligen ärztlichen Verordnung wird eine verbindliche Honorarvereinbarung über die verordneten Heilmittel zwischen dem Patienten und der Physiotherapiepraxis getroffen. Mit seiner Unterschrift erkennt der Patient das entsprechende Honorar für die durchzuführenden Behandlungen an.

Hinweis:

Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen Patienten und der Physiotherapiepraxis. Zwischen der Physiotherapiepraxis und der Krankenversicherung des Patienten bzw. der BEIHILFE besteht ausdrücklich keine Rechtsbeziehung!

Die Höhe etwaiger Erstattungsleistungen richtet sich nach dem Inhalt des zwischen dem Patienten und der jeweiligen Versicherung geschlossenen Krankenversicherungsvertrages. Auch wenn Krankenversicherungsunternehmen bzw. Beihilfestellen für die Angemessenheit der Vergütung physiotherapeutischer Leistungen eigene Höchstsätze festgelegt haben, berühren diese nicht das Rechtsverhältnis zwischen der Physiotherapiepraxis und dem Patienten. Der

privatversicherte bzw. beihilfeberechtigte Patient muss also damit rechnen, dass er seine Aufwendung möglicherweise nicht voll erstattet bekommt.

Der Patient ist und bleibt in jedem Falle zur Zahlung der vereinbarten Kosten für die Behandlung verpflichtet, unabhängig davon, ob bzw. in welcher Höhe eine Erstattung durch die Krankenkasse oder Beihilfe erfolgt.

3. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Physiotherapiepraxis, 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 6 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihnen nicht eingehaltenen, bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden müssen.** Bei Erkrankung erkennen wir ein Attest Ihres Arztes selbstverständlich als regelrechte Absage an (Vergleich hierzu auch Schadensersatz als Nebenpflicht gem. § 615 BGB).

4. Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungsstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung mit der Firma opta data Abrechnungs GmbH zusammen. Unsere Honorarforderung aus diesem Behandlungsvertrag treten wir an die Verrechnungsstelle ab. 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 persönliche 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.

5. Der Patient wird durch den behandelnden Therapeuten mündlich über die verordnete Therapie aufgeklärt. Gemäß der vorgelegten, ärztlichen Verordnung wird der Patient im Bereich Physiotherapie über Art, Umfang, Durchführung und mögliche Risiken aufgeklärt. Ihm wird ein Ausblick auf den Therapieverlauf gegeben und er wird informiert, was er selbst zum Erfolg der Therapie beitragen kann.

6. Der Patient informiert den Therapeuten über bestehende Erkrankungen oder körperliche Einschränkungen, welche für den Therapieablauf relevant sein können.

7. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden.

Die vorstehenden Hinweise, insbesondere zu den Behandlungspreisen und zu der Patientenaufklärung, habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an.

Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Rehazentrum Ahrensburg

Inh. Frank Remesat

Physiotherapie • Med. Trainingszentrum

Einwilligungserklärung zur Weiterleitung der persönlichen Daten an die Firma opta data Abrechnungs GmbH zur Erstellung der Privatliquidationen

Name, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung von Privatverordnungen mit der Firma

opta data Abrechnungs GmbH
Berthold-Beitz-Boulevard 514
45141 Essen

zusammen.

Diese Abrechnungsstelle unterliegt wie wir selbst und unser Personal den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Unsere Honorarforderung treten wir an die Abrechnungsstelle ab. Das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle in unserem Auftrag die Rechnung erstellt und unsere Honorarforderung einzieht.

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis gemäß Datenschutzgesetz, die zur Rechnungsstellung durch EDV, zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an die o. g. Abrechnungsstelle zu übermitteln. Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen, die dazugehörigen Diagnosen sowie den Namen, die Adresse, die Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)