

BEHANDLUNGSVERTRAG für privat versicherte Personen

zwischen vitaktiv Nellingen, im folgenden Praxis und

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße I Hausnummer _____

PLZ I Wohnort _____

im Folgenden Patient /Versicherter

Telefon privat _____ dienstlich _____

Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____

Versicherter _____

Beihilfe berechtigt ja nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

1. Der Vergütungssatz beträgt je Behandlungseinheit:

Unsere Preise berechnen sich anhand der aktuellen GebüTh Ordnung der GKV mit dem Stand vom 1.1.2024

| Was | Einheiten | Satz | Betrag |
|---|-----------|------|--------|
| Krankengymnastik (KG) 20 Min. | _____ | 1,4 | 38,92€ |
| Manuelle Therapie (MT) 20 Min. | _____ | 1,4 | 46,75€ |
| Krankengymnastik ZNS nach Bobath (KG-ZNS) | _____ | 1,4 | 61,81€ |
| Massage (M) | _____ | 1,4 | 28,41€ |
| Gerätegestützte Krankengymnastik (KGG) | _____ | 1,4 | 73,29€ |
| Fango (F) | _____ | 1,4 | 21,22€ |
| Elektrotherapie (E) | _____ | 1,4 | 11,07€ |
| Kälte/ Cryotherapie (K) | _____ | 1,4 | 15,69€ |
| Manuelle Lymphdrainage (MLD30) 30 Min. | _____ | 1,4 | 47,25€ |
| _____ | _____ | 1,4 | _____€ |

Es werden nur diese Positionen abgerechnet die auf ihrem/ ihren Rezept/en verordnet worden sind. Selbstzahlerleistungen unterliegen der zusätzlichen Mehrwertsteuerpflicht von 7% und werden nach der tatsächlich erbrachten Leistung abgerechnet.

vitaktiv - Martin Kober
S. Felix-Wankel-Straße 17
PO 73760 Ostfildern-Nellingen
T. Telefon 0711 - 50 45 39 11

2. Ausfallgebühr

Die Termine sind unabhängig von der Terminvereinbarung einzuhalten. 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, 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 einzuhaltende Pflicht. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt. Infolgedessen erhalten Sie einen neuen Termin. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach der für die Behandlung vereinbarten Vergütung. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt oder eingehalten wird.

Sollte es widererwartend nach mehrfacher Aufforderung/ Mahnung immer noch zu Zahlungsverzug kommen, sind wir berechtigt in ihrem Fall Informationen von der Creditreform Stuttgart Strahler KG, Königstraße 42 70173 Stuttgart anzufordern und bei Bedarf ein Inkassoverfahren gegen Sie einzuleiten. Mit unten geleisteter Unterschrift stimme ich diesem zu und bin somit über die Informationspflicht nach Art. 14 EU-DSGVO informiert worden.

3. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für jegliche privatärztliche Verordnungen, die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Selbstzahlerleistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen. Zusätzlich weisen wir drauf hin das für Behandlungen und Selbstzahlerleistungen ohne ärztliche Verordnung ein Mehrwertsteuersatz von 7% berechnet werden.

Sollte sich die GebüTh Ordnung der GKV in Zukunft verändern werden unsere Preise dementsprechend angepasst. Mit der Unterzeichnung des Behandlungsvertrages stimmen Sie diesen zu.

4. 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:

Ja Nein

vitaktiv - Martin Kober
S. Felix-Wankel-Straße 17
PO 73760 Ostfildern-Nellingen
T. Telefon 0711 - 50 45 39 11

E info@vitaktiv.eu
W www.vitaktiv.eu

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese während der Behandlung 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.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie ausreichend von Ihrem Therapeuten über die vorgeschlagene Behandlung informiert werden/ worden sind, dass Sie diese Information verstanden haben und dass Sie Ihrem Therapeuten die Erlaubnis geben, HVLT-Techniken während der Behandlungen durchzuführen.

5. Datenschutz

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis erklären da wir ihre Patienten und Kundendaten speichern dürfen. Ohne diese Zustimmung kann keine Therapie jeglicher Art durchgeführt werden.

Eine Einwilligung in die Datenverarbeitung wird zusätzlich separat erhoben und muss verpflichtend ausgefüllt werden.

Mit unten geleisteter Unterschrift bestätige und akzeptiere ich diese Vertragsbedingungen. Jegliche der Softwareprogramme vorhandenen Vertragsbedingungen der oben genannten Partner entnehmen Sie bitte deren Datenschutzerklärungen und Nutzungsbedingungen.

Sollte die Praxis einen Softwareanbieterwechsel vornehmen ist die Informationspflicht ihnen gegenüber hiermit abgegolten und der Behandlungsvertrag besteht weiter mit der wie oben aufgelisteten Informationspflicht.

6. Schweigepflichtsentbindung

Da wir intern und interdisziplinär mit verschiedenen Berufen und unserem hauseigenen Trainingsbereich eng zusammen arbeiten, um ihnen die bestmögliche Genesung zu bieten, brauchen wir ihre Zustimmung diese Daten untereinander auszutauschen zu dürfen. Aus diesem Grund bestätigen Sie mit unten getätigter Unterschrift, dass wir ihre oben genannten und in den Softwareprogrammen gespeicherte Daten mit allen Angestellten teilen dürfen.

7. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform

Die oben genannten Bedingungen sind für beide Vertragspartner bindend, anders lautende mündliche Absprachen sind in Schriftform festzuhalten.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten (E-Mail, Postadresse, Handynummer) für an mich gerichtete Informationen (Terminbestätigung, Terminerinnerungen, Grüße) per Post und mittels Zusatzservices (SMS, E-Mail) von der Physiotherapiepraxis vitaktiv Nellingen für oben genannte Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

vitaktiv - Martin Kober
S. Felix-Wankel-Straße 17
PO 73760 Ostfildern-Nellingen
T. Telefon 0711 - 50 45 39 11

E info@vitaktiv.eu
W www.vitaktiv.eu

6. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir ausgehändigt worden.

Dieser Vertrag gilt für das aktuelle Rezept und seine Behandlungen und für alle folgenden Rezepte und seine Behandlungen, bis auf Widerruf.

Es wird darauf hingewiesen das auf die Nennung der 3. Form, divers, oder anderer Formen verzichtet wird. Sollte es dagegen Einsprüche geben, sind diese mit der untenstehenden Unterschrift abgegolten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift/ Stempel Praxis

Dieses Dokument ist auch mit digitaler Unterschrift gültig

vitaktiv - Martin Kober
S. Felix-Wankel-Straße 17
PO 73760 Ostfildern-Nellingen
T. Telefon 0711 - 50 45 39 11