

Behandlungsvertrag

zwischen Physio4Kids, Hermannsburger Straße 30, 29303 Bergen

und

_____, geboren am _____

wohnhaft in _____

ggf. Name des Erziehungsberechtigten

Telefon privat/dienstlich

Hausarzt / überweisender Arzt

Krankenkasse

Von der gesetzlichen Zuzahlung [] befreit [] befreit bis _____ [] nicht befreit

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung physiotherapeutischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung vom _____.

2. Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der Patientin/des Patienten ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen.

3. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie den Termin mindestens 24 Stunden vorher ab, damit der Termin anderweitig belegt werden kann. Andernfalls sind wir berechtigt eine Ausfallgebühr in Höhe des Therapiesatzes in Rechnung zu stellen.

Unser Ausfallhonorar beträgt _____ EUR

4. Bitte beachten Sie, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihr Kind nur für den vereinbarten Therapiezeitraum gültig ist.

5. Wir weisen darauf hin, dass gebührenpflichtige Patienten die gesetzliche Zuzahlung an uns zu entrichten haben.

6. Ein Wechsel der Krankenkasse oder Änderungen der Kontaktdaten müssen der Praxis zeitnahe mitgeteilt werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, mich an die oben genannten Vereinbarungen zu halten.

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter