

Behandlungsvertrag

für Privatversicherte

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte füllen Sie nachstehende Angaben aus:



Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon privat *

Telefon dienstlich *

Telefon mobil *

Email *

Ich bitte um Zusendung meiner Rechnung per E-Mail *

Ich erlaube, dass mir Termine per Mail geschickt werden *

* Angabe freiwillig (zur Ermöglichung der Korrespondenz)

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

- Sie erhalten von uns als Privatversicherte/r direkt eine Rechnung. Diese kann dann zur Erstattung bei der privaten Krankenversicherung/bei der Beihilfe eingereicht werden. Unsere aktuelle Preisliste finden Sie auf der Rückseite. Sie erhalten außerdem auf Wunsch gerne ein Exemplar an der Anmeldung. Bitte beachten Sie, dass unsere Preise von den erstattungsfähigen Sätzen Ihrer Krankenversicherung/der Beihilfe abweichen können. Diese Behandlungssätze gelten als vereinbart und sind durch den Patienten/Versicherten zu begleichen, unabhängig davon, ob diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet werden.

Bitte prüfen Sie vor Behandlungsbeginn die Erstattungsfähigkeit bei Ihrer Versicherung/bei der Beihilfe!

- Ich bin außerdem damit einverstanden, dass THERASPORT mit meinem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen kann, um fehlerhaft ausgestellte Rezepte zu korrigieren (Hinweis: nur formal korrekt ausgestellte Verordnungen werden von den Krankenkassen erstattet). Hierfür entbinde ich THERASPORT von der Schweigepflicht bzgl. für die Korrektur des Rezeptes relevanter Informationen.
- Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Termine, die nicht oder sehr kurzfristig abgesagt werden, werden wir Ihnen gemäß § 615 BGB **in Rechnung** stellen. Die Höhe entspricht den entfallenen Kosten und kann jederzeit bei uns erfragt werden. Wir bitten hierfür um Verständnis.
- Die Aufsichtspflicht der behandelnden Therapeuten erstreckt sich nur auf den Zeitraum der vereinbarten Therapiezeit.
- Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Verordnungen, die der Patient der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigt. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung. Es gelten die aktuellen Preise lt. Preisliste.

Datenschutz

Die Datenschutzerklärung zu der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein.
Diese ist auch jederzeit bei THERASPORT Heidelberg am Empfang einsehbar.

X

Datum, Unterschrift

Die vorstehenden Bedingungen und Informationen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie ausdrücklich an.

Datum

X

Unterschrift des Kunden/Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

Preisliste erhalten

Zur Vereinfachung von Zahlungsvorgängen bieten wir Ihnen auch Bankeinzug durch Lastschrift an:

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000894868)

Ich ermächtige THERASPORT Heidelberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von THERASPORT Heidelberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Kontoführendes Institut

IBAN

BIC

X

Datum, Unterschrift