

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

_____	_____
Name	
_____	_____
Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße	PLZ, Wohnort
_____	_____
Telefon privat *	Telefon dienstlich *
_____	_____
Telefon mobil *	Email *

* Angabe freiwillig (zur Ermöglichung der Korrespondenz, z.B. bei Terminänderungen)

Inhalte des Behandlungsvertrages:

- 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, wie z.B. Erhalt von vorigen Rezepten durch andere Ärzte und deren Diagnosen.
- 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.
- Die „**Information zum Datenschutz**“ wurde gelesen und verstanden.
- Der Behandlungsvertrag endet nach Abschluss der Behandlung, d.h. wenn Sie keine ärztliche Verordnung mehr erhalten oder die Behandlung nicht auf eigene Kosten fortsetzen.

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

_____ Preisliste erhalten
Datum Unterschrift des Kunden/Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

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
_____	_____
	Datum, Unterschrift

Preisliste für Privatpatient/innen (gültig ab 18.05.2020)

Privatpreise / Selbstzahler mit Rezept

<u>Primäre Heilmittel</u>	<u>Preis</u>	<u>Ergänzende Heilmittel</u>	<u>Preis</u>
Krankengymnastik (KG), 25 min.	28,80 €	Fango/Warmpackung	15,80 €
KG (neurophysiolog. Grundlage), 25 min.	39,10 €	Heiße Rolle	13,80 €
Manuelle Therapie, 25 min.	33,50 €	Heißluft	8,50 €
Massage, 20 min.	25,00 €	Eisbehandlung	11,90 €
Manuelle Lymphdrainage, Teilbeh., 25 min.	28,90 €	Ultraschall/Phonophorese	12,30 €
Manuelle Lymphdrainage, Großbeh., 45 min.	43,10 €	Elektrotherapie/Iontophorese	8,60 €
Manuelle Lymphdrainage, Ganzbeh., 60 min	57,80 €	Kompressionsbandagierung	12,20 €
Erstbefundung inkl. Behandlungsplan	16,50 €		
Hausbesuch (Pauschale)		20,80 €	

Selbstzahler ohne Rezept / Gutscheine (inkl. MwSt)

<u>Selbstzahlerleistungen</u>	<u>Preis inkl. 7% MwSt</u>	<u>Ergänzende Leistungen</u>	<u>Preis inkl. 7% MwSt</u>
Massage, 20 min.	26,75 €	Fango/Warmpackung	16,90 €
Massage, 20 min. + Fango	43,65 €	Heiße Rolle	14,80 €
Physikalisch-therapeutische Techniken, 25 min.	33,50 €	Heißluft	9,10 €
		Eisbehandlung	12,75 €
		Elektrotherapie/Iontophorese	9,20 €
		Ultraschall/Phonophorese	13,20 €
		<u>Preis inkl. 19% MwSt</u>	
		Kinesiotape (pro Kästchen à 5 cm)	0,50 €
		Kinesiotape-Anlage (Extra-Termin)	23,50 €
		<u>Gutscheine</u>	
		<u>Preis inkl. 19% MwSt</u>	
		Massage (20 min.)	29,75 €
		Massage (20 min.) + Fango	45,00 €
		Massage (40 min.)	59,50 €
		Massage (40 min.) + Fango	75,00 €

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Personal an der Rezeption oder im Büro.
Zeitangaben verstehen sich inkl. Vor- und Nachbereitungszeit sowie Dokumentation.