

Behandlungsvertrag für gesetzlich Versicherte/BG/andere

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

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon privat*

Telefon dienstlich*

Telefon mobil*

Email*

Zuzahlung:

befreit nicht befreit

Mailkontakt:

Rechnung per E-Mail * Termine per E-Mail *

*Angaben freiwillig (zur Ermöglichung der Korrespondenz)

Inhalte des Behandlungsvertrages:

- Die Abrechnung von Verordnungen für gesetzlich Versicherte erfolgt mit den jeweils geltenden Tarifen der Krankenkasse bzw. des zuständigen Kostenträgers über das **Abrechnungszentrum OPTICA**. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.
- Gesetzlich Versicherte müssen gemäß § 32 SGB V pro Verordnung einen **Eigenanteil** (Zuzahlung) in Höhe von **10,00 € zzgl. 10% des Rezeptwertes** entrichten. Diese Gebühr wird in voller Höhe an die Krankenkasse weitergeleitet und sollte bar beglichen werden. Hierüber wird Ihnen eine Quittung ausgestellt. Von dieser Regelung nicht betroffen sind Minderjährige und von der Zuzahlung befreite Patienten.
- Bei Therapieunterbrechungen von mehr als **28 Kalendertagen** sind wir den gesetzlichen Krankenkassen gegenüber verpflichtet, das Rezept mit den bis dahin erhaltenen Behandlungen abzurechnen.
- 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 **persönlich 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.

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

Datum

Unterschrift des Kunden/Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten