

# 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\*

Mailkontakt:  Rechnung per E-Mail \*

Termine per E-Mail \*

\*Angaben freiwillig (zur Ermöglichung der Korrespondenz)

## 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 erhalten Sie auf Wunsch an der Anmeldung oder gerne per Mail. 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.

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

Datum

Unterschrift des Kunden/Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten