

# Kooperationsvertrag

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

_____	_____
Name	
_____	_____
Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße	PLZ, Wohnort
_____	_____
Telefon privat	Telefon dienstlich
_____	_____
Telefon mobil	Email
_____	
Krankenkasse/Versicherung	<b>Zuzahlung</b> <input type="checkbox"/> nicht befreit <input type="checkbox"/> befreit <b>Beihilfeberechtigt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Inhalte des Kooperationsvertrages:

- Die Abrechnung von Verordnungen für gesetzlich Krankenversicherte erfolgt über die jeweils geltenden kassenüblichen Sätze. Wir geben Rezepte der BG- und gesetzlich Versicherten an das Abrechnungszentrum OPTICA weiter. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre zur Abrechnung notwendigen Daten übermittelt werden (einschließlich der Originalverordnung).
- Gesetzlich Versicherte müssen 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.
- Privatpatienten und Beihilfeberechtigte erhalten von uns direkt eine Rechnung. Diese kann dann zur Erstattung bei der privaten Krankenversicherung/bei der Beihilfe eingereicht werden. Unsere aktuellen Behandlungssätze erhalten Sie an der Anmeldung. Bitte beachten Sie, dass diese 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/der Beihilfe!**
- 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, müssen wir Ihnen **persönlich in Rechnung** stellen. Die Höhe entspricht den entfallenen Kosten und kann jederzeit bei uns erfragt werden. Wir bitten hierfür um Verständnis. Wir nehmen Abstand von dieser Regel, wenn der Termin von einem anderen Patienten in Anspruch genommen werden kann. Selbstverständlich sind wir bemüht, auch kurzfristig den Termin neu zu vergeben.
- Die Aufsichtspflicht der behandelnden Therapeuten erstreckt sich nur auf den Zeitraum der vereinbarten Therapiezeit.
- Bei Therapieunterbrechungen von mehr als **28 Kalendertagen** sind wir den gesetzlichen Krankenkassen gegenüber verpflichtet, das Rezept mit den bis dahin erhaltenen Behandlungen abzurechnen.

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

_____	_____	<input type="checkbox"/> Preisliste erhalten
Datum	Unterschrift des 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	BIC
_____	_____
IBAN	Datum, Unterschrift