

Behandlungsvertrag mit Honorarvereinbarung

zwischen der Praxis:

Grittner & Wrase Performance Schmiede GbR

Robert Grittner & Kolja Wrase

Steinkaulplatz 12, 52076 Aachen

02408 9377633

info@psperformanceschmiede.de

und dem Patienten/der Patientin:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Patient/die Patientin nimmt physiotherapeutische Behandlungen in der Praxis

Performance Schmiede – Physiotherapie & Sport in Anspruch. Diese Behandlungen erfolgen auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung oder auf Wunsch des Patienten/der Patientin als Selbstzahlerleistung.

§ 2 Honorarvereinbarung

1. Der Patient/die Patientin ist darüber informiert, dass die Abrechnung der physiotherapeutischen Leistungen auf Grundlage der gültigen Honorarsätze der Praxis erfolgt. Diese Honorarsätze richten sich nach der GebüTh.
2. Die Kosten für eine physiotherapeutische Behandlung betragen:
 - **Krankengymnastik (15-20 Min.): 38,92 EUR**
 - **Krankengymnastik am Gerät (60 Min.): 66,97 EUR**
 - **Klassische Massagetherapie (15-20 Min.): 32,46 EUR**
 - **Manuelle Lymphdrainage: 40,50 EUR (30 Min.), 60,72 EUR (45 Min.), 80,98 EUR (60 Min.)**
 - **Manuelle Therapie (15-20 Min.): 46,75 EUR**
 - **KG-ZNS Erwachsene (20-25 Min.): 61,18 EUR**
 - **Zusätzlich findet beim Ersttermin eine physiotherapeutische Erstdiagnostik statt: 16,50 EUR**
 - **Wärme: 21,22 EUR**
 - **Kryotherapie: 15,69 EUR**
 - **Elektrotherapie: 12,66 EUR**
 - **Bericht auf Anordnung des Arztes oder der Kasse: 76,20 EUR**

3. In unseren Zahlungsbedingungen gilt eine Zahlungsfrist von 7 Tagen nach Rechnungsstellung. Bei Überschreitung dieser Frist sind wir berechtigt eine Mahngebühr in Höhe von 5,00€ zu erheben. Mit Ihrer Zustimmung zu diesem Behandlungsvertrag erklären Sie sich mit dieser Regelung einverstanden.
4. Privatpatienten haben die Möglichkeit, eine Erstattung der Behandlungskosten durch ihre private Krankenversicherung oder Beihilfe zu beantragen. Die Praxis übernimmt jedoch **keine Garantie für die vollständige Erstattung** durch die Versicherung. Bitte **erkundigen Sie sich selbst** im Vorhinein bei Ihrem Ansprechpartner der Versicherung.

§ 3 Terminabsagen

1. Termine, die nicht mindestens **24 Stunden vorher** abgesagt werden, können mit **50 % des Honorars** in Rechnung gestellt werden.
 2. Nicht wahrgenommene Termine ohne Absage werden mit **100 %** der Behandlungskosten berechnet.
-

§ 4 Datenschutz

1. Die Praxis verarbeitet personenbezogene Daten des Patienten/der Patientin ausschließlich zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung der Behandlungen.
 2. Weitere Informationen zum Datenschutz sind in der Datenschutzerklärung der Praxis einsehbar.
-

§ 5 Schlussbestimmungen

1. Dieser Vertrag tritt mit der Unterschrift des Patienten/ der Patientin in Kraft und gilt für alle vereinbarten physiotherapeutischen Behandlungen.
 2. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform.
-

Ort, Datum: _____

Unterschrift: