PhysioPro+
leidenschaftlich effektiv.

Behandlungsvertrag

Physiotherapiepraxis Physioproplus – Lahnstein
Frühmesserstraße 11 · 56112 Lahnstein · www.physioproplus.de · info@physioproplus.de

Gültig ab: 06/2025

1. Patientendaten

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Versichertenstatus: o Gesetzlich o Privat o Selbstzahler
Zuzahlungsbefreit? o Ja o Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?_____

2. Vertragsgegenstand

Dieser Vertrag regelt die Durchführung physiotherapeutischer Leistungen durch Physioproplus gegenüber der oben genannten Person.

Die Behandlung erfolgt auf Grundlage:

- einer ärztlichen Verordnung oder
- als privat beauftragte Gesundheitsleistung (Selbstzahler)

3. Terminvereinbarung & Ausfallgebühr

Vereinbarte Termine sind verbindlich.

Termine müssen spätestens **24 Stunden im Voraus** abgesagt werden.
Bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage behalten wir uns vor, eine **Ausfallgebühr in Höhe von 100 % des Behandlungspreises** zu berechnen.

Wir bemühen uns, kurzfristig Ersatz für abgesagte Termine zu finden. Sollte dies nicht möglich sein, wird die Ausfallgebühr fällig.

4. Zuzahlungen & Abrechnung

Gesetzlich Versicherte:

Es fällt die gesetzlich festgelegte Zuzahlung gemäß Heilmittelrichtlinie an. Diese ist in der Praxis zu Beginn der Behandlung Bar zu entrichten. Kartenzahlungen können mit einer zusätzliche Gebühr entgegen genommen werden.

Privat Versicherte / Selbstzahler:innen:

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage unserer aktuellen Preisliste. Eine Kostenübernahme durch private Krankenkassen ist vom Patient:in selbst zu klären.

5. Datenschutz

Alle personenbezogenen Daten werden gemäß DSGVO verarbeitet und ausschließlich zum Zweck der Behandlung, Organisation und Abrechnung verwendet. Eine Weitergabe erfolgt nur auf gesetzlicher Grundlage oder mit schriftlicher Einwilligung.

6. Schweigepflicht

Alle Mitarbeitenden von Physioproplus unterliegen der beruflichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

7. Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die oben genannten Regelungen an und erkläre mich mit der Durchführung der Behandlung unter den genannten Bedingungen einverstanden.

Ort / Datum: _____
Unterschrift Patient:in / Erziehungsberechtigte:r: _____