

Behandlungsvereinbarung

Ich freue mich, dass Sie sich für mein Therapieangebot entschieden haben.

Als **zeitraum Yoga und Physiotherapie, Südhang 2 in 56472 Fehrlitzhausen**, schließe ich diesen Behandlungsvertrag mit Ihnen als Patient:in, um die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen.

Patientendaten	
Name Patient/Patientin	Geburtsdatum

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen. Bitte unterzeichnen Sie zusätzlich die beiliegenden Dokumente: Anmeldebogen, Datenschutzvereinbarung, Schweigepflicht-Entbindung und ggf. Honorarvereinbarungen.
<ul style="list-style-type: none">• Für Rückfragen stehe ich Ihnen vor der Unterzeichnung zur Verfügung.• Bei Ihrem ersten Termin kläre ich Sie über Umfang, Ablauf und mögliche Ergebnisse der Behandlung auf.• Falls Sie nicht selbst einwilligungsfähig sind, werden betreuende Personen entsprechend aufgeklärt. Minderjährige/nicht einwilligungsfähige Personen benötigen die Zustimmung durch Betreuende.• Therapeutische Behandlungen können den gesamten Körper beeinflussen und Risiken bergen, über die ich Sie (Ihre betreuende Person) bei Notwendigkeit informiere.• Ihre Behandlung unterliegt den Regelungen eines Dienstvertrags nach §§ 630a ff BGB (Behandlungsvertrag). Ein Therapieerfolg wird damit nicht garantiert.

Grundsätze der Zusammenarbeit
Für eine erfolgreiche Therapie verpflichten sich beide Vertragspartner:innen zu diesen Grundsätzen:
<ul style="list-style-type: none">• Ich informiere Sie mündlich über alle therapie relevanten Aspekte – Rückfragen sind jederzeit möglich.• Sie informieren mich über gesundheitliche Veränderungen und beteiligen sich aktiv an der Therapie.• Eigenübungen und Empfehlungen im Rahmen der Therapie führen Sie eigenverantwortlich aus, um Ihre Therapieziele zu erreichen. Die Haftung der Praxis beschränkt sich auf Handlungen während der therapeutischen Behandlung.• Unerwartete Beschwerden oder Einschränkungen teilen Sie mir umgehend mit. In Notfällen wenden Sie sich direkt an Ihre Arztpraxis oder die Notaufnahme.• Alle relevanten Behandlungsinhalte werden in Ihrer Patientenakte dokumentiert, die für mindestens 10 Jahre aufbewahrt wird. Sie haben das Recht auf Einsicht und können eine Abschrift gegen Entgelt anfordern.

Wirtschaftliche Aufklärung und Abrechnungsmodalitäten
Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge) <ul style="list-style-type: none">• Die Praxis rechnet direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.



<ul style="list-style-type: none">• Zuzahlung GKV-Versicherte: Sie zahlen einen Eigenanteil von 10 € plus 10 % der Therapiekosten Ihrer Heilmittelverordnung. Der Betrag ist ab der ersten Behandlung in bar oder per Karte zu zahlen.• Gewünschte ergänzende Leistungen, die über die ärztliche Verordnung hinausgehen, werden in einer separaten Honorarvereinbarung festgehalten und als Selbstzahlerleistung erbracht. Die Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.
<p>Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler:innen</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der beiliegenden Honorarvereinbarung.• Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen – unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung. Die Abrechnung erfolgt nach jedem Termin, zahlbar in bar oder per Karte. Rechnungen werden nur nach Absprache ausgestellt.
<p>Terminregeln und Ausfallgebühr</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Praxis ist als Bestellpraxis organisiert – jeder Termin wird exklusiv für Sie reserviert. Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.• Ausfallgebühr: Bei späterer Absage oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte. Das Ausfallhonorar orientiert sich an der vereinbarten Vergütung (Honorarvereinbarung) bzw. an der gesetzlichen Vergütung Ihrer Krankenkasse.• Die Praxis informiert Sie rechtzeitig, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung.• Ihre Termine erhalten Sie in Form eines Terminzettels und/oder per E-Mail.
<p>Geltung des Behandlungsvertrags</p> <ul style="list-style-type: none">• Der Vertrag tritt mit Ihrer Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Durchführung aller Erst- und Folgeverordnungen bzw. Erst- und Folgebehandlungen, bis er von einer der beiden Seiten aufgelöst wird.• Änderungen oder Ergänzungen müssen schriftlich vereinbart werden. Bei Preisänderungen wird eine bestehende Honorarvereinbarung seitens der Praxis aufgelöst und neu vereinbart, bevor weitere Behandlungen stattfinden.
<p>Beendigung des Behandlungsvertrags</p> <ul style="list-style-type: none">• Sie können den Vertrag jederzeit mündlich ohne Angabe von Gründen beenden; geplante Termine werden storniert.• Die Praxis kann den Vertrag beenden, wenn: empfohlene Maßnahmen oder Beratungsinhalte abgelehnt werden; falsche oder unvollständige Angaben gemacht wurden; Ihre Lebensführung die Therapieziele verhindert; Zahlungen ausstehen.• Eine Wiederaufnahme des Vertrags ist bei Einigung möglich.
<p>Weitere Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none">• Bringen Sie zu jeder Behandlung ein frisches, großes Handtuch zum Abdecken der Liege mit.• Sollte Sie einmal nicht zufrieden sein, richten Sie Ihre Beschwerde bitte per E-Mail an andrea.schlueter@zeitraum-yoga-physio.de oder wenden Sie sich direkt an mich (Andrea Heinz-Schlüter, Südhang 2, 56472 Fehlbach-Ritzhausen).

Bitte hier unterzeichnen!

Ort, Datum

Unterschrift Patient