

# Behandlungsvertrag Therapiezentrum Altstein - Physiotherapie

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Telefonnummer privat

dienstlich

---

E-Mail

Krankenkasse / Zusatzversicherung

---

Ich stimme der Zusendung unserer Newsletter als E-Mail zu (ca. alle 3 Mon.)

Vor Beginn der 1. Sitzung wurde ich auf folgende Punkte aufmerksam gemacht:

1. Sie wünschen eine physiotherapeutische, manualtherapeutische Behandlung. Um Sie entsprechend Ihres Wunsches behandeln zu können, benötige wir die Verordnung eines Arztes. Diagnose, Anwendung und Anzahl der Behandlungen sollten darauf bestimmt sein.
2. Mir wurde der Patientenaufklärungsbogen „Manuelle Therapie“ und Befundbogen ausgehändigt.
3. Die Sitzungen können keine ärztliche Behandlung ersetzen. Daher soll keine laufende ärztliche Behandlung unterbrochen bzw. eine notwendig werdende Behandlung hinausgeschoben oder unterlassen werden.
4. Ich verpflichte mich auch zur Zahlung von Beträgen, die nicht von meiner Versicherung bzw. Beihilfestelle erstattet werden.

#### Erläuterung Privatpreise

Ein Auszug aus den Gebühreuziffern ist ebenfalls Bestandteil des Vertrages.

#### 5. **Absagepflicht**

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Fernbleiben ohne rechtzeitige Absage berechtigt den Therapeuten / die Praxis, die vereinbarte Vergütung zu verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein (§615 BGB).

6. Nehmen Sie Ihr Leintuch selbst mit, wir können Sie nicht lagern.
7. Wir sind vormittags telefonisch für Sie erreichbar, außerhalb dieser Zeiten sprechen Sie bitte auf den AB oder schicken Sie uns eine E-Mail ([praxis@orga-altstein.de](mailto:praxis@orga-altstein.de)), wir rufen Sie auch nachmittags oder abends zurück.
8. Ich bitte Sie mich von der Schweigepflicht Mitarbeiter des Therapiezentrums Altstein und Ihren behandelnden Ärzten zu befreien.

Ich bitte um die Untersuchung und Behandlung als Patient.

Wir freuen uns auf Sie

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_