



## Behandlungsvertrag

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Zahlung:** Mit meiner Unterschrift erkenne ich die folgenden Behandlungs- und Rechnungskonditionen an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrgenommene Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden vorher** - telefonisch oder persönlich (keine SMS oder E-Mail) - abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine könne mir gemäß § 615 BGB privat mit einer Pauschale von 15,00 Euro in Rechnung gestellt werden. Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht.

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters*

**Datenweitergabe:** Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an eine externe Abrechnungsstelle - ausschließlich zur Abrechnung von Heilmittelverordnungen - erkläre ich mich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters*

**Haftung:** Die Haftung der Praxis *RegenaPhysioTherapie* für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen - für Vorsatz.

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters*

**Aufklärung:** Die Mitarbeiter der Praxis *RegenaPhysioTherapie* haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters*