

BEHANDLUNGSVERTRAG



Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

dieses Formular stellt einen **Behandlungsvertrag** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Zahlung:

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, sind **mindestens 24 Stunden vorher** telefonisch, per E-Mail, Doctolib oder persönlich abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte oder unentschuldigt versäumte Termine können gemäß § 615 BGB mit einem **Ausfallhonorar von 75 % des vereinbarten Honorars** berechnet werden. Eine Kostenübernahme durch Krankenkassen oder private Versicherungen erfolgt nicht.

Ich verpflichte mich zu fristgerechter Zahlung. Bei Zahlungsverzug können **Bearbeitungs- oder Mahngebühren** sowie Verzugszinsen gemäß §§ 286 ff. BGB anfallen.

1. **Gesetzlich Versicherte (GKV):** Gesetzliche Zuzahlungen nach § 61 SGB V (10 € pro Rezept + 10 % des Rezeptwertes) sind bis spätestens zum **3. Behandlungstermin** zu leisten. Übernimmt die Krankenkasse Kosten nicht, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der Praxis liegt, trage ich diese selbst.
2. **Privatversicherte (PKV):** Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage einer **allgemeinen Honorarregelung der Praxis**, unabhängig von der Erstattung durch meine private Krankenversicherung oder Beihilfestelle. Es wird der **1,2-fache Satz der GebüTh (Gebührenübersicht für Therapeut*innen)** berechnet. Diese Regelung stellt eine **Zahlungsvereinbarung gemäß §§ 611, 632 BGB** dar. Mir ist bekannt, dass private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen die Kosten je nach Tarif möglicherweise nicht vollständig erstatten. Eine teilweise oder vollständige Nichterstattung liegt **nicht im Verantwortungsbereich der Praxis**, sondern in meinem eigenen Verantwortungsbereich.

X _____

Unterschrift des/der Kund*in oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Haftung:

Die Praxis Körperzeit übernimmt **keine Haftung für Sach- und Vermögensschäden**, soweit diese auf einfache Fahrlässigkeit zurückzuführen sind. Davon unberührt bleibt die Haftung für Vorsatz sowie grobe Fahrlässigkeit, auch im Hinblick auf das Handeln unserer Mitarbeitenden.

Alle Behandlungen in unserer Praxis erfolgen nach bestem Wissen und den anerkannten Standards der Physiotherapie. Trotz größter Sorgfalt kann es während oder nach der Behandlung zu **körperlichen Reaktionen** (z. B. Blutergüssen) kommen, die im Zusammenhang mit dem therapeutischen Prozess stehen und nicht als Behandlungsfehler zu werten sind.

Ich verpflichte mich, die Praxis Körperzeit vor Beginn der Behandlung sowie bei jeder Veränderung **meines Gesundheitszustands** über bestehende oder neu auftretende Erkrankungen, Verletzungen, Operationen, Schwangerschaften, Allergien, Medikamenteneinnahmen oder sonstige gesundheitliche Einschränkungen zu informieren, **die für die Durchführung der Therapie relevant** sein könnten.

Mir ist bewusst, dass eine unterlassene oder unvollständige Information die Behandlungssicherheit beeinträchtigen kann. Eine Haftung der Praxis für Schäden, die aufgrund unzutreffender oder unvollständiger Angaben meinerseits entstehen, ist ausgeschlossen.

X _____

Unterschrift des/der Kund *in oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Erklärung über die Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass meine für die Bearbeitung, Verwaltung und Abwicklung benötigten Daten gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet werden und dass im Rahmen der Vertragsabwicklung erhobene Daten an die in der Datenschutzerklärung genannten Stellen weitergegeben werden können.

X _____

Unterschrift des/der Kund *in oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin