



## Behandlungsvertrag zwischen

Herrn / Frau (Patientenname) \_\_\_\_\_ (im Folgenden der „Patient“)

geboren am: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

und der „Praxis Höpfner“, Hochstraße 87, 47877 Willich (im Folgenden der „Dienstleister“)

**Auf Grundlage der ärztlichen Verordnung von Heilmitteln durch den behandelnden Arzt des Patienten wird Folgendes vereinbart:**

**1. Die ärztlich verordnete Therapie für den o.g. Patienten wird gemäß Patientenrechtegesetz nach anerkanntem, fachlichem Standard erfolgen**

**2. Der Patient verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachten Leistungen.**

Die Behandlung von Privatpatienten ist nicht abschließend durch eine Gebührenordnung, auch nicht durch die GOÄ, geregelt. Es gelten die Regelungen des BGB über den Dienstvertrag.

Die GebüTh (Gebührenübersicht Therapeuten) und der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (<https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/preisvereinbarungen.html>) bildet hier eine nützliche Orientierung für Patienten und Therapeuten. (<http://www.privatpreise.de/die-gebueh.html>) Auf dieser Grundlage trifft der Dienstleister mit dem Patienten die Honorarvereinbarung.

**Die Preisliste im Folgenden ist Bestandteil dieses Vertrages (Seite 4).** Auf der Grundlage dieser Preisliste und der jeweiligen ärztlichen Verordnung wird eine verbindliche Honorarvereinbarung über die verordneten Heilmittel zwischen dem Patienten und dem Dienstleister getroffen. Mit seiner Unterschrift erkennt der Patient das entsprechende Honorar für die durchzuführenden Behandlungen an. Der Patient wird darauf hingewiesen, dass das Honorar in voller Höhe auch in dem Fall zu zahlen ist, dass eine private Krankenversicherung, der Beihilfeträger oder andere Kostenträger das Honorar nicht in voller Höhe erstatten. Die Rechnungslegung erfolgt in der Regel am Ende einer Rezeptserie.

**Der Rechnungsbetrag ist binnen 28 Tage nach Erhalt der Rechnung zu begleichen. Nach Ablauf der Zahlungsfrist gerät der Patient gemäß §286 Abs. 2 Nr. 2 auch ohne Mahnung in Verzug. Für die erste und zweite Mahnung, welche nach Eintritt des Verzuges erfolgen, werden 10 € Mahngebühr vereinbart. Diese sind mit Zugang der jeweiligen Mahnung fällig.**



### Hinweis:

Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen Patient und Dienstleister (Praxis Höpfner). Zwischen dem Dienstleister und der Krankenversicherung des Patienten bzw. der BEIHILFE besteht ausdrücklich keine Rechtsbeziehung! Die Höhe etwaiger Erstattungsleistungen richtet sich nach dem Inhalt des zwischen dem Patienten und der jeweiligen Versicherung geschlossenen Krankenversicherungsvertrages. Auch wenn Krankenversicherungsunternehmen bzw. Beihilfestellen für die Angemessenheit der Vergütung physiotherapeutischer und/oder osteopathischer Leistungen eigene Höchstsätze festgelegt haben, berühren diese nicht das Rechtsverhältnis zwischen dem Dienstleister und dem Patienten nicht. Der privatversicherte bzw. beihilfeberechtigte Patient muss also damit rechnen, dass er seine Aufwendung möglicherweise nicht voll erstattet bekommt. Der Patient ist und bleibt in jedem Falle zur Zahlung der vereinbarten Kosten für die Behandlung verpflichtet, unabhängig davon, ob bzw. in welcher Höhe eine Erstattung durch die Krankenkasse oder Beihilfe erfolgt.

Der Patient wird durch den behandelnden Therapeuten mündlich über die verordnete Therapie aufgeklärt. Gemäß der vorgelegten, ärztlichen Verordnung wird der Patient im Bereich Physiotherapie und/oder Osteopathie über Art, Umfang, Durchführung und mögliche Risiken aufgeklärt. Ihm wird ein Ausblick auf den Therapieverlauf geben und er wird informiert, was er selbst zum Erfolg der Therapie beitragen kann.

Der Patient informiert den Therapeuten über alle bestehenden Erkrankungen sowie körperliche Einschränkungen, welche für die Therapie und dessen Ablauf relevant sein können.

Mit seiner Unterschrift willigt der Patient in die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung seiner persönlichen Daten in der Praxis- EDV und Patientenkartei ein, welche für die Abrechnung notwendig sind.

**Der Patient ist verpflichtet, vereinbarte Termine, die er nicht wahrnehmen kann, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sagt der Patient einen Termin nicht rechtzeitig ab, ist er verpflichtet, für diesen Termin einen Schadensersatz in Höhe des vereinbarten Honorars zu zahlen. Der Schadensersatz ist nicht fällig, wenn der Therapeut anderweitig eingesetzt werden konnte.**

*Willich, den .....*

*Unterschrift Patient/In .....*

*Unterschrift Praxisinhaberin (Marcel Höpfner) .....*



### Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Höpfner - meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten,
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:
  - Zur Pflege der Kontaktdaten
  - zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen / Versicherungen
  - zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO, des BDSG und des Telemediengesetzes erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse / Versicherung nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Höpfner  
Hochstraße 87  
47877 Willich

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

**Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden**

*Datum* .....

*Unterschrift Patient/In* .....



## Preisliste Praxis Höpfner gültig ab 25.02.2024

Heilmittel	Preis pro Behandlung
Osteopathie (50 min.)	110,00 €
Kinesio Tape	
- kleine Anlage	12,00 €
- mittlere Anlage	18,00 €
- große Anlage	26,00 €
Untersuchungsverfahren zum somatosensorischen Tinnitus	58,50 – 67,00€

Die Kosten der physiotherapeutischen Maßnahmen orientieren sich an der aktuellen Vergütungsvereinbarung der gesetzlichen Krankenkassen, einsehbar unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Die Kosten der Leistungen der **Krankengymnastik, Manuellen Therapie und Massage** betragen den **1,8 fachen Satz** der oben angegebenen Vereinbarung.

Die Kosten der Leistungen der **Manuellen Lymphdrainage und Krankengymnastik ZNS für Kinder** betragen den **1,5 fachen Satz** der oben angegebenen Vereinbarung.

Die Kosten eines Hausbesuchs stimmen mit den Angaben der GKV überein. Falls sich jedoch ein Fahrtweg von über 20 km ergibt, behalten wir uns vor einen höhere Wegegeldvergütung vorzunehmen.

Falls Sie Leistungen über meine Tätigkeit des **sektoralen Heilpraktikers für Physiotherapie** beziehen, orientieren sich die damit verbundenen Kosten an der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH), einsehbar unter [Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker - Fachverband Deutscher Heilpraktiker](#).



**Patient/in:**

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

- Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an

Name	
(ggf. Name der Praxis, Klinik)	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

- Ich stimme hiermit zu, dass mein behandelnder Arzt/Therapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinen Ärzten/Therapeuten oder weiteren medizinischen Personal (Hebammen, Ergotherapeuten, Logopäden etc.)

Name	
(Name Arzt oder Zahnarzt)	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

Name	
(Name Arzt oder Zahnarzt)	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

einholt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/In bzw. gesetzl. Vertreter