

Sehr geehrte(r) Patient

dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar. Füllen Sie es bitte aus, damit wir die PHYSIO VITAL GmbH, Professor-Oehler-Str. 7a, 40589 Düsseldorf unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

**VERBINDLICHE TERMINE SIND
SOFORT TELEFONISCH BUCHBAR UNTER
TEL. 0211 - 909 99 960**

Vor- u. Nachname

Geburtsdatum

Anschrift - PLZ / Ort

Str. / Hausnr.

Telefonnr. / privat / Mobil

E-Mail

Krankenkasse / Ort

gesetzlich versichert Beihilfe private Leistung

Zuzahlung: _____ € Gesamthonorar: _____ € bzw. Honorar pro Behandlung: _____ €

Zahlung:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisausgang sowie das oben genannte Honorar an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder persönlich (keine SMS und / oder E-Mail) abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB privat mit einer Pauschale von je 30,00 € in Rechnung gestellt werden. Meine Krankenkasse zahlt diese Ausfallkosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

Um in der Praxis Unkosten gering zu halten, werde ich Zahlungen fristgerecht leisten. Da ich Vorab-Dienstleistungen in Anspruch nehme, können nicht fristgerecht geleistete Zahlungen kostenpflichtig angemahnt werden. Entstehende Zusatzkosten durch Bearbeitungs- und/oder Mahngebühren sind von mir zu zahlen und können, wie auch der Rechnungsbetrag rechtlich eingefordert werden.

Datenweitergabe: (bitte ankreuzen)

Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an externe Abrechnungsstellen und Krankenkassen, ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Krankenbehandlungen, erkläre ich mich einverstanden.

Haftung: (bitte ankreuzen)

Die Haftung der Physio Vital GmbH, Professor-Oehler-Str 7a, 40589 Düsseldorf, für Personen-, Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

Aufklärung: (bitte ankreuzen)

Die Mitarbeiter der Physio Vital GmbH, Professor-Oehler-Str 7a, 40589 Düsseldorf haben mich insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Im Speziellen bin ich auf folgendes hingewiesen worden _____

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführende Behandlungsmaßnahmen ein.

Ort/Datum

Unterschrift Patient oder gesetzliche(r) Vertreter

Unsere gesamten Leistungen finden Sie im Internet unter: genki-vital-physio.de

