

# **BEHANDLUNGSVEREINBARUNG**

zwischen

-----  
(Name des Patienten)

-----  
(Geburtsdatum des Patienten)

-----  
(Adresse des Patienten)

und

Praxis Cooperando  
Inhaberin Anja Croes  
Carl Benz Ring 5  
35423 Lich  
06404-6680451  
info@cooperando.de

## **1. Vergütung der Therapieleistungen**

### **a. Privatpatienten**

Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Befunderhebung
- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel
- Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden (Heilpraktiker Leistungen)

Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen Therapiemethoden sowie die Behandlungszeiten sind diesem Vertrag als Anlage beigefügt.

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für die Maßnahmen übernommen werden.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.

### **b. Gesetzlich Krankenversicherte**

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 % der Kosten (=

Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung.

**Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte ist zur ersten Behandlung fällig.** Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift damit einverstanden, den gesamten Zuzahlungsbetrag für alle Behandlungen der Verordnung unmittelbar vor oder nach der ersten Behandlungseinheit zu zahlen.

Sollte die Anzahl der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, erhalten Sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.

## 2. Ausfallgebühr

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher, telefonisch oder persönlich (keine SMS und/oder E-Mail)** absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Wir können als Praxis das Risiko, dass Sie kurzfristig verhindert sind, nicht übernehmen.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen und der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann, wird Ihnen die in der folgenden Tabelle vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden. Die Höhe der unten aufgeführten Entschädigungskosten liegt deutlich niedriger als die Kassensätze und stellen ein Entgegenkommen von unserer Seite dar.

Heilmittel	Zeiteinheit	Ausfallgebühren
Physiotherapie	20/30 min	20,00,- €
	50/60 min	40,00,- €
Logopädie	30 min	20,00,- €
	45 min	30,00,- €
	60 min	40,00,- €
Ergotherapie	30 min	20,00,- €
	45 min	30,00,- €
	60 min	40,00,- €

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

### Bitte kommen Sie pünktlich zu Ihren Terminen.

Wir sind gesetzlich von den Krankenkassen verpflichtet, die verordnete Regelbehandlungszeit einzuhalten. Diese darf lediglich aus medizinischen Gründen unterschritten werden. Unterschrittene Behandlungszeiten dürfen wir mit der Krankenkasse nicht abrechnen. Aus organisatorischen Gründen können wir die verlorene Zeit durch **ihre Verspätung** nicht über den vereinbarten Zeitraum hinaus verlängern.

Möchten Sie die verbleibende Zeit in Anspruch nehmen, stellen wir die gesamte Behandlung zum Kassensatz privat in Rechnung.

Eine Übersicht der Kassensätze wird Ihnen auf Wunsch an der Rezeption ausgehändigt.

### **3. Geltung dieser Vertragsbedingungen**

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für alle kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen, die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Heilpraktiker Leistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen für alle Behandlungen.

### **4. Patientenaufklärung**

Die Patientenaufklärung findet während Ihrer ersten Therapieeinheit durch Ihre(n) Therapeut\*in statt und wird im Anschluss daran von Ihnen gesondert mit Ihrer Unterschrift bestätigt.

Sollte die im Rahmen der Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

### **5. Einverständniserklärung**

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir ausgehändigt worden.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in/gesetzlichen Vertreters