

Honorarvereinbarung für physiotherapeutische Leistungen

(Privatversicherte mit oder ohne Privatrezept)

zwischen

Matthias Roth Physiotherapie

Von-Alten-Str. 19, 30938 Burgwedel

Telefon: 0176 – 629 889 98 / E-Mail: kontakt@mr-physio-burgwedel.de



– nachfolgend „Therapeut“ –

und

Name des Patienten/der Patientin _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

– nachfolgend „Patient“ –

§1 Gegenstand der Vereinbarung

Der Therapeut erbringt physiotherapeutische Leistungen auf selbstständiger Basis. Die Behandlung erfolgt auf Wunsch des Patienten als **Selbstzahlerleistung**, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen.

§2 Honorar

Der Patient verpflichtet sich, für die in Anspruch genommenen Leistungen folgendes Honorar zu zahlen:

- Behandlung 30 Minuten: 49,00 €
- Behandlung 60 Minuten: 89,00 €

Die Preise verstehen sich pro Behandlungseinheit.

- Firmenphysiotherapie pro Stunde: 69,00 € - zzgl. 0,50 €/km Fahrt (Kraftstoff und Fahrtzeit)
- Hausbesuche 30 Minuten: 49,00 € - zzgl. 0,50 €/km Fahrt (Kraftstoff und Fahrtzeit)
- Hausbesuche 60 Minuten: 89,00 € - zzgl. 0,50 €/km Fahrt (Kraftstoff und Fahrtzeit)
- Wettkampfbegleitung pro Stunde: 89,00 € - zzgl. 0,50 €/km Fahrt (Kraftstoff und Fahrtzeit)

§3 Zahlungsbedingungen

Die Zahlung erfolgt:

bar nach jeder Behandlung

per Überweisung innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung

§4 Terminabsagen / Ausfallhonorar

Vereinbarte Termine sind verbindlich.

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, muss dieser mindestens **24 Stunden vorher** abgesagt werden.

Bei verspäteter Absage oder Nichterscheinen wird ein **Ausfallhonorar in Höhe von 50% der Behandlungskosten** berechnet, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

§5 Kostenerstattung durch Dritte

Eine mögliche Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen ist Sache des Patienten. Der Therapeut übernimmt **keine Garantie**, dass die Kosten vollständig oder teilweise erstattet werden.

§6 Haftung

Die Teilnahme an der Behandlung erfolgt auf eigene Verantwortung. Der Patient verpflichtet sich, den Therapeuten über bestehende Erkrankungen, Beschwerden oder Einschränkungen vollständig zu informieren.

§7 Datenschutz

Die im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet.

§8 Schlussbestimmungen

Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform.

Sollten einzelne Bestimmungen unwirksam sein, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarung unberührt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Therapeut: _____

Unterschrift Patient: _____

Ich bestätige zudem, dass ich verständlich über Art, Umfang, Ziel und mögliche Risiken der Behandlung aufgeklärt wurde. Mir ist bekannt, dass der Behandlungserfolg nicht garantiert werden kann.

Unterschrift Patient: _____