



Behandlungsvertrag und Datenschutz

1. Die Abrechnung erfolgt nach den mit Ihrer Krankenkasse vereinbarten Sätzen. Privatverordnungen werden zu den aktuellen Beihilfesätzen abgerechnet.
2. Sofern Sie gemäß Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Heilmittel mit 10% des Gesamtrezeptwertes, zzgl. 10€ Rezeptgebühr, **zuzahlungspflichtig**. Wir bitten Sie, den Eigenanteil bis zum Ende der Verordnung zu begleichen. Dieser Betrag kann per EC-Karte in unserer Einrichtung beglichen werden. Möchten Sie den Betrag überweisen, lassen Sie sich bitte eine Rechnung ausstellen. Bitte beachten Sie, dass eine Barzahlung nicht möglich ist.
3. Eine Behandlung muss innerhalb von **28 Tagen** ab Ausstellung begonnen und darf max. 28 Tage unterbrochen werden. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterbehandlung nicht möglich, da es in diesem Fall keine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse gibt.
4. Bitte bringen Sie zu jedem Termin **ein großes und ein kleines Handtuch** und **bequeme Kleidung** mit.
5. Unsere Praxis wird nach Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen mindestens **24 Stunden vorher** abzusagen. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, versuchen wir zunächst diesen neu zu vergeben. Sollte dies nicht gelingen, kann Ihnen der Ausfall privat in Rechnung gestellt werden. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß §615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt wird. Kommt es zu einer kurzfristigen Absage unsererseits, so bekommen Sie diesen Termin ersetzt. Für einen reibungslosen Ablauf bitten wir Sie, 5-10 Minuten **vor** Ihrem Termin zu erscheinen.
6. Sie erklären sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten zum Zwecke der automatischen Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. Ebenfalls erklären Sie sich einverstanden, dass die Daten innerhalb der Praxis, zwecks Austausches mit Heilpraktikern, Therapeuten und Trainern weitergegeben werden können. Des Weiteren auch außerhalb der Praxis zum Austausch mit den behandelnden Ärzten und zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Versicherung. Dies kann sowohl mündlich, schriftlich als auch digital oder per Mail erfolgen.
7. **Sie nehmen zur Kenntnis, dass es im Rahmen einer therapeutischen Behandlung auch einmal zu nicht wünschenswerten körperlichen Reaktionen kommen kann, wie z.B. Verschlimmerung der Beschwerden, Muskelkater, blaue Flecken, Schwindel, Übelkeit, usw.**

Die vorstehenden Hinweise, sowie die Patientenaufklärung, habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an.

Gütersloh, _____ Unterschrift: _____