

Praxis für Physiotherapie und  
Heilpraktiker-Physiotherapie

Physiotherapie Thormann im Steekberg 7 24107 Kiel Tel.: 0431-21902448  
Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Therapieangebot entschieden haben.

Name Patient/in:

geboren am:

Anschrift:

Telefonnummer:

**Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen. Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam vor der Unterzeichnung zur Verfügung. Bei Ihrem ersten Termin klärt Ihr Therapeut Sie über Umfang, Ablauf und mögliche Ergebnisse der Behandlung auf. Schriftliche Leistungsbeschreibungen und sonstige Hinweise sind in der Praxis oder auf unserer Website [gt-thormann.de](http://gt-thormann.de) (Informationen) verfügbar.

Falls Sie nicht selbst einwilligungsfähig sind, werden betreuende Personen entsprechend aufgeklärt.

Minderjährige/nicht einwilligungsfähige Personen benötigen die Zustimmung durch Betreuende. Therapeutische Behandlungen können den gesamten Körper beeinflussen und Risiken bergen, über die wir Sie (Ihre betreuende Person) bei Notwendigkeit informieren.

Ihre Behandlung unterliegt den Regelungen eines Dienstvertrags nach §§ 630a ff BGB (Behandlungsvertrag).

Grundsätze der Zusammenarbeit für eine erfolgreiche Therapie verpflichten sich beide Vertragspartner/innen zu diesen Grundsätzen:

Ihr/e Therapeut/in informiert Sie mündlich über alle therapie relevanten Aspekte – Rückfragen sind jederzeit möglich. Sie informieren uns über gesundheitliche Veränderungen und beteiligen sich aktiv an der Therapie. Eigenübungen und Empfehlungen im Rahmen der Therapie führen Sie eigenverantwortlich aus, um Ihre Therapieziele zu erreichen. Die Haftung der Praxis beschränkt sich auf Handlungen während der therapeutischen Behandlung vor Ort.

Unerwartete Beschwerden oder Einschränkungen teilen Sie uns umgehend mit. In Notfällen wenden Sie sich direkt an Ihre Arztpraxis oder die Notaufnahme.

Alle relevanten Behandlungsinhalte werden in Ihrer Patientenakte dokumentiert, die für mindestens 10 Jahre aufbewahrt wird. Sie haben das Recht auf Einsicht und können eine Abschrift gegen Entgelt anfordern.

**Patientenaufklärung**

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung wie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

- Ich bin vom Arzt aufgeklärt worden
- Ich bin vom Therapeuten aufgeklärt worden

# Behandlungsvereinbarung Seite 2

## Sonstige Hinweise

- Der Physiotherapeut verspricht keine Heilung oder Linderung der Probleme.
- Eine Erstverschlechterung nach der Therapie kann auftreten, beispielsweise Muskelkater, Müdigkeit, Kopfschmerzen, blaue Flecken oder Rötungen.
- Im Ruheraum finden Sie einen Notschalter, den Sie bei Problemen oder Unsicherheiten betätigen können.

### 1. Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge)

Die Praxis rechnet direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.

Zuzahlung GKV-Versicherte: Sie zahlen einen Eigenanteil von 10 € plus 10 % der Therapiekosten Ihrer Heilmittelverordnung. Der Betrag wird über die Firma opta data per Post in Rechnung gestellt. Gewünschte ergänzende Leistungen, die über die ärztliche Verordnung hinausgehen, werden in einer separaten Honorarvereinbarung festgehalten und als Selbstzahlerleistung erbracht. Die Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.

### 2. Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler:innen, Heilpraktiker Leistungen

Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der Honorarvereinbarung.

Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen – unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung. Die Abrechnung erfolgt über die Firma opta data.

### 3. Terminregelung & Ausfallgebühr

Die Praxis ist als Bestellpraxis organisiert – jeder Termin wird exklusiv für Sie reserviert. Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte. Das Ausfallhonorar orientiert sich an der vereinbarten Vergütung (Honorarvereinbarung) bzw. an der gesetzlichen Vergütung Ihrer Krankenkasse (auf Anfrage).

Die Praxis informiert Sie rechtzeitig, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung.

### 4. Geltung des Behandlungsvertrags

Der Vertrag tritt mit Ihrer Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Durchführung aller Erst- und Folgeverordnungen bzw. Erst- und Folgebehandlungen, bis er von einer der beiden Seiten aufgelöst wird. Änderungen oder Ergänzungen müssen schriftlich vereinbart werden. Bei Preisänderungen wird eine bestehende Honorarvereinbarung seitens der Praxis aufgelöst und neu vereinbart, bevor weitere Behandlungen stattfinden.

### 5. Beendigung des Behandlungsvertrags

Sie können den Vertrag jederzeit mündlich ohne Angabe von Gründen beenden; geplante Termine werden storniert. Die Praxis kann den Vertrag beenden, wenn empfohlene Maßnahmen oder Beratungsinhalte abgelehnt werden, falsche oder unvollständige Angaben gemacht wurden, Ihre Lebensführung die Therapieziele verhindert oder Zahlungen ausstehen. Eine Wiederaufnahme des Vertrags ist bei Einigung möglich.

### Weitere Hinweise

Sollte Grund zur Beschwerde vorliegen, richten Sie diese bitte direkt an den Praxisinhaber