

# Behandlungsvertrag für Privatpatienten



---

Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

---

Geburtsdatum

---

Straße

---

Wohnort

---

Telefonnummer

---

überweisender Arzt / Klinik

---

E – Mail Adresse

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 absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

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, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten –soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig- zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.

Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei Ihrem Kostenträger.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein.

Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

---

Datum und Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter

## **Heil- und Kostenplan**

Der Vergütungssatz beträgt je Behandlungseinheit:

_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

Der Gesamtpreis für die Behandlung beträgt demnach €\_\_\_\_\_.

---

Datum und Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter