

Honorarvereinbarung für physiotherapeutische Leistungen (Privatpatienten / Selbstzahler)

Static Physiotherapie • Moritzstraße 37 • 65185 Wiesbaden

E-Mail: info@static-physiotherapie.com

Web: www.staticphysiotherapie.com

Patientin / Patient

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gegenstand der Vereinbarung

Die Patientin / der Patient nimmt in der Praxis Static Physiotherapie, physiotherapeutische Leistungen auf privater Basis in Anspruch. Die Behandlung erfolgt leistungsbezogen und orientiert sich am individuellen physiotherapeutischen Befund, der medizinischen Indikation sowie am therapeutischen Ermessen des behandelnden Therapeuten. Der konkrete Inhalt der Behandlung (z. B. krankengymnastische Maßnahmen, manuelle Therapie, Weichteiltechniken, aktive Therapieformen) wird individuell festgelegt. Eine ärztliche Verordnung stellt eine medizinische Empfehlung dar. Die konkrete Ausgestaltung der physiotherapeutischen Behandlung obliegt dem behandelnden Therapeuten.

Honorar

Die Abrechnung der physiotherapeutischen Leistungen erfolgt leistungsbezogen nach dem **1,6-fachen Satz**, der jeweils gültigen Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Honorar stellt ein frei vereinbartes Privathonorar dar und ist vom Patienten / von der Patientin unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen, Beihilfestellen oder sonstige Kostenträger zu begleichen.

Die Erstattungshöhe richtet sich ausschließlich nach den individuellen Vertragsbedingungen der jeweiligen Versicherung oder Kostenträger. Eine vollständige Kostenübernahme kann nicht garantiert werden.

Abrechnung und Zahlung

Die Abrechnung erfolgt per Rechnung. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu begleichen. Die Zahlung erfolgt per Überweisung.

Terminabsagen

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Absagen müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen. Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen kann die geplante Behandlung in voller Höhe berechnet werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Einwilligung

Mit seiner / ihrer Unterschrift erklärt sich die Patientin / der Patient mit der Durchführung der beschriebenen physiotherapeutischen Behandlung sowie mit den genannten Honorar-, Abrechnungs- und Zahlungsbedingungen einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift _____