

BEHANDLUNGSVERTRAG

Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Geburtsdatum (Patient)

Straße

Wohnort

Telefon

1. Der Vergütungssatz beträgt je Behandlungseinheit:

- Physiotherapie (Stand 01.01.2019 Beihilfefähige Höchstbeträge (Bund) – Preisliste gemäß Anlage 9 zu §23 Absatz 1 BBhV)

Physiotherapeutische Diagnose/Erstbefundung (einmalig) € 16,50

Manuelle Therapie € 32,20 Massage € 19,60 Wärmetherapie € 15,60

Krankengymnastik € 26,80 Elektrotherapie € 8,20 KGG/MTT € 50,40

MLD 30 Min. € 32,50 MLD 45 Min. € 48,70 MLD 60 Min. € 65,00

- Heilpraktik/Osteopathie

(ca. 50 Min. Therapie, 10 Minuten Doku-Zeit, Abrechnung nach dem Gebüh) 90 €

2. Sie wurden vollständig über den Ablauf der Therapie informiert, stimmen der Durchführung der besprochenen Therapie zu und wurden ausreichend über Alternativen informiert.

3. Zusatz Heilpraktik: Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Es werden teils Methoden angewendet, die schulmedizinisch nicht anerkannt und unter Umständen nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen.

4. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den Aushang „Informationen zum Datenschutz“ aufmerksam durchgelesen haben und mit den Inhalten einverstanden sind.

5. **Die Vergütung der Heilmittelbehandlung richtet sich nach den oben genannten Preisen.**

Diese Vereinbarung ist **unabhängig** von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre **Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung**.

6. Vereinbarte Termine sind **mind. 24 Stunden vorher abzusagen**. Unterbleibt dies, ist der Patient grundsätzlich verpflichtet, die vereinbarte Vergütung (60% des Behandlungspreises) für die geplante Behandlung zu bezahlen.

O Ich erkläre hiermit, dass ich umfassend und verständlich über die Risiken einer Akupunktur/Dry Needeling/Chiropraktischen Behandlung aufgeklärt wurde und stimme einer solchen Behandlung zu

Die vorstehenden Hinweise, insbesondere zu den Behandlungspreisen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an.

Datum / Unterschrift Patient (ggfs. gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter)