Behandlungsvertrag

für gesetzlich, private und private + Beihilfe
Versicherte Patienten *innen

zwischen

_____ _____

Name, Vorname Patient*in **geboren am**

und der

Physiotherapie im Seecarré, Bonner Str. 31, 53909 Zülpich

Wie Sind Sie versichert? (bitte ankreuzen) ☐ GKV ☐ PKV ☐ PKV + Beihilfe

Gesetzliche krankenversichert
Der Behandlungsvertrag besteht ausschließlich zwischen mir als Patient*in und der Physiotherapie im Seecarré. Er besteht für die Dauer der Verordnung. Der Gesetzgeber schreibt für gesetzlich krankenversicherte Patienten eine Zuzahlung für jede Heilmittelverordnung vor. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem/den verschriebenen Heilmitteln und berechnet sich wie folgt: 10€ Rezeptgebühr + 10% des Rezeptwertes = RG
Die Gebühr ist zum letzten Termin der Verordnung vor Ort zu entrichten.
Die Zahlung kann per EC-Karte oder Rechnung erfolgen.
Bei vorliegender Gebührenbefreiung ist zum ersten Termin die Befreiungskarte vorzulegen.

Privat + Beihilfe krankenversichert
Der Behandlungsvertrag besteht ausschließlich zwischen mir als Patient*in und der Physiotherapie im Seecarré. Er besteht für die Dauer der Verordnung. Der Behandlungsvertrag besteht ausschließlich zwischen mir als Patient*in und der Physiotherapie im Seecarré. Er besteht für die Dauer der Verordnung. Sollte die Verordnung älter als 3 Monate sein oder eine Therapiepause von mehr als 4 Wochen entstehen, muss eine neue Verordnung vorgelegt werden und ein neuer Behandlungsvertrag geschlossen werden.

Die Preise richten sich nach der Preis- und Leistungsbeschreibung der GebüTh für beihilfeberechtigte Patienten.

Privat krankenversichert
Der Behandlungsvertrag besteht ausschließlich zwischen mir als Patient*in und der Physiotherapie im Seecarré. Er besteht für die Dauer der Verordnung. Die Vergütung erfolgt nach Abschluss der Verordnung und richtet sich nach der zum Zeitpunkt der Rechnungserstellung gültigen Preis- und Leistungsbeschreibung der GebüTh und beträgt den 1,2-Fachen Satz.
Über die aktuell gültigen Preise (Preisliste vom 01.01.2023) wurde ich informiert und erkläre mich mit diesen einverstanden.

Ich wurde darüber informiert, dass die Erstattung meiner privaten Krankenversicherung möglicherweise nicht alle anfallenden Kosten übernimmt. Mein Leistungsumfang ist abhängig vom vereinbarten Tarif. Eigenanteile können entstehen.

Zülpich, _____ _____

Unterschrift Patient*in