

## Behandlungsvertrag der Praxis Schaffer & Kollegen GmbH & Co. KG

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis möchten wir Sie über die Bedingungen dieser und damit einhergehenden Vereinbarungen informieren. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch und bestätigen Sie Ihre Zustimmung mit Ihrer Unterschrift.

**1. Verantwortlicher für die Behandlung:** Physio Schaffer & Kollegen GmbH & Co. KG Carl-Burger-Straße 26, 95445 Bayreuth. Telefonnummer: 0921-7308703 E-Mail-Adresse: [anmeldung@physioschaffer.de](mailto:anmeldung@physioschaffer.de)

**2. Terminvereinbarungen:** Termine müssen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder persönlich abgesagt werden. Bitte erscheinen Sie rechtzeitig zu Ihren Terminen, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben wird Ihnen gemäß § 615 BGB privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt. Bei kurzfristigen, krankheitsbedingten Terminabsagen behalten wir es uns vor, ein ärztliches Attest einzufordern.

**3. Honorarvereinbarungen:** Als Selbstzahler und Privatversicherte sehen Sie die Kosten der Behandlung auf ihrer Honorarvereinbarung. Die einzelnen Preise können Sie im Aushang, bei unserer Rezeption oder unter [www.physioschaffer.de/dl/privatpreise.pdf](http://www.physioschaffer.de/dl/privatpreise.pdf) einsehen.

**4. Abrechnung:** Die Abrechnung erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorgaben und den Rahmenverträgen mit den Krankenkassen. Für gesetzlich Versicherte erfolgt die Abrechnung direkt mit der jeweiligen Krankenkasse; Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 € plus 10% der Therapiekosten (§ 61 SGB V) und ist ab der ersten Behandlung zu zahlen. Privatversicherte und Selbstzahler erhalten eine Rechnung, die danach direkt und fristgerecht an die Praxis zu zahlen ist (§ 614 BGB).

**5. Haftung:** Die Haftung der Physiotherapiepraxis Schaffer & Kollegen für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung – auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

**6. Aufklärung:** Die Mitarbeiter der Physiotherapiepraxis Schaffer & Kollegen haben mich über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt (z.B. Möglichkeit von Muskelkater am Folgetag der Behandlung). Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

**7. Einwilligung zur Zusendung von Terminerinnerungen per E-Mail:** Auf Wunsch können wir Ihnen bis zu 12 Stunden vor jedem Termin eine automatisierte Erinnerungsnachricht per E-Mail senden.

Ich möchte Terminerinnerungen per E-Mail erhalten:      JA      NEIN

**8. Kontakt für Fragen:** Bei Fragen zur Behandlung oder zur Abrechnung wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam über unsere Kontaktdaten bei Punkt 1.



---

Bayreuth, den....

Vorname, Nachname

Unterschrift