

Behandlungsvertrag (Selbstzahler / Privatpatienten)

Re:Balance Health GmbH
Südliche Münchner Straße 35
82031 Grünwald
E-Mail: info@rebalance-health.de

und

Patientenangaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung (privat / Selbstzahler): _____

1. Vertragsgegenstand

Dieser Behandlungsvertrag regelt die physiotherapeutische Behandlung des/der Patient:in in der Praxis Re:Balance Health GmbH. Die Behandlung erfolgt auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung oder als Selbstzahlerleistung.

2. Abrechnung & Vergütung

Unsere Preise orientieren sich an den gesetzlichen GKV-Sätzen und werden mit dem 1,6-fachen Satz berechnet. Der/die Patient:in wird darauf hingewiesen, dass private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen die Behandlungskosten möglicherweise nicht vollständig übernehmen. Die Erstattung hängt vom individuellen Versicherungsvertrag ab. Eine eventuelle Differenz zwischen Rechnungsbetrag und Erstattung ist vom/von der Patient:in selbst zu tragen.

Physiotherapeutische Leistungen:

Allgemeine Krankengymnastik	47,41 €
Manuelle Therapie	56,95 €
Ultraschalltherapie	23,46 €
Elektrotherapie	13,49 €
Wärmetherapie	25,85 €
Manuelle Lymphdrainage 30min	57,55 €

Selbstzahlerleistungen (ohne ärztliche Verordnung):

Personal Training (Einzeltraining)	120 €
Personal Training (Partnertraining)	180 €
Magnetfeldtherapie (20min)	20 €
Magnetfeldtherapie (10 x 20 min)	180 €
Lasertherapie (10min)	15 €
Lasertherapie (10 x 10 min)	130 €

Diese Leistungen sind nicht erstattungsfähig und werden vollständig privat in Rechnung gestellt.

3. Terminabsagen & Ausfallhonorar

Bitte beachten Sie folgende Regelung:

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Termine mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden müssen.
- Bei kurzfristigeren Absagen oder Nichterscheinen wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 80 % der Behandlungskosten berechnet.
- Terminabsagen bitte ausschließlich per E-Mail an: info@rebalance-health.de

4. Zahlungsbedingungen

Die Rechnung ist unabhängig von einer möglichen Kostenerstattung durch die Krankenversicherung vollständig und fristgerecht zu begleichen.

Sofern kein gültiges ärztliches Rezept vorliegt oder dieses nicht rechtzeitig eingereicht wird, erfolgt die Abrechnung der Behandlung auf privater Selbstzahlerbasis, angepasst an den oben genannten Sätzen.

5. Datenschutz

Die im Rahmen der Behandlung erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen (DSGVO) verarbeitet und vertraulich behandelt.

6. Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Behandlungsvertrag gelesen, verstanden und akzeptiert habe. Ich erkläre mich mit den genannten Preisen, Zahlungsbedingungen und Ausfallregelungen einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient:in: _____