

# Honorarvereinbarung

zwischen

und

Frau/Herr

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Geburtsdatum des Patienten; bei Minderjährigen deren Erziehungsberechtigte)

(Name und Anschrift / Stempel der Physiotherapiepraxis)

wird folgende  
Honorarvereinbarung getroffen:

Für die Erbringung der Leistung(en)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandlungsdauer \_\_\_\_\_

wird eine Vergütung in Höhe von  
je Behandlungseinheit vereinbart.

\_\_\_\_\_ EUR

Der/die Praxisinhaber und der Patient setzen voraus, dass die festgelegten Termine pünktlich eingehalten werden. Für versäumte Termine, die nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagt werden, zahlt der Patient für jeden nicht rechtzeitig abgesagten Termin – es sei denn, die Verzögerung der Absage ist unverschuldet – den vereinbarten Behandlungspreis. Die Rechnungen der Praxis sind innerhalb von \_\_\_\_\_ Tagen nach Rechnungserhalt fällig und ohne jeden Abzug zahlbar. Zahlt der Patient nicht innerhalb dieser Frist, tritt ohne weitere Mahnung Verzug ein (vgl. § 286 Abs. 2 Nr. 1 BGB).

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er

- a) auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation durch seine Versicherung hingewiesen wurde,
- b) mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung einverstanden ist,
- c) mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der gegen ihn aus der Behandlung bestehenden Forderung erforderlichen Information an das Rezeptabrechnungszentrum \_\_\_\_\_ einverstanden ist. Er wurde darüber informiert, dass die an das Abrechnungszentrum übermittelten Daten zu seiner Person dort gespeichert werden und diese Erklärung gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz als Benachrichtigung gilt. Die vorstehenden Erklärungen gelten auch für zukünftige Behandlungen und können jederzeit von ihm schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
- d) ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

Datum \_\_\_\_\_ Patient oder gesetzliche(r) Vertreter

Praxis \_\_\_\_\_

**Empfangsbestätigung** durch den Patienten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift Patient
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____
8	_____	_____
9	_____	_____
10	_____	_____