



AMBULANTES HERZZENTRUM  
PRAXIS-REHA-SPORT

## BEHANDLUNGSVERTRAG für gesetzlich Versicherte

Märkische Straße 23 – 33  
44141 Dortmund  
Telefon: 02 31 – 9 81 80 57  
Fax: 02 31 – 3 34 61 84

kardioREHA beweMED GmbH . Märkische Straße 23-33 . 44141 Dortmund

---

Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)      Geburtsdatum (Patient)

---

Straße      PLZ / Wohnort

---

Telefon      überweisender Arzt

---

Krankenkasse / Anschrift

zuzahlungspflichtig

zuzahlungsfrei

1. Die Abrechnung erfolgt nach den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen.
2. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit 10% zuzahlungspflichtig. Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze.
3. Der genaue Betrag wird in der Quittung ausgewiesen. Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10 Euro pro Rezept an. Die Beträge werden mit der zweiten Behandlung fällig.
4. Termine, die Sie nicht rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagen, können Ihnen in Höhe der entsprechenden Behandlungskosten/Honorarvereinbarung in Rechnung gestellt werden.
5. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden.

Sparkasse Dortmund  
BLZ: 440 501 99  
Konto: 00 115 703 5  
IBAN: DE 76 4405 0199 0001 1570 35  
BIC : DORTDE 33 XXX

Geschäftsführer:  
Patrick Nockemann  
Dipl.-Sportwissenschaftler

Web: [www.bewemed.de](http://www.bewemed.de)  
Mail: [info@bewemed.de](mailto:info@bewemed.de)  
IK Nr.: 540 590 297  
IK Nr.: 440 526 403



AMBULANTES HERZZENTRUM  
PRAXIS-REHA-SPORT

## BEHANDLUNGSVERTRAG für gesetzlich Versicherte

Märkische Straße 23 – 33  
44141 Dortmund  
Telefon: 02 31 – 9 81 80 57  
Fax: 02 31 – 3 34 61 84

kardioREHA beweMED GmbH . Märkische Straße 23-33 . 44141 Dortmund

Ich bin in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese durch meinen Therapeuten vor Behandlungsbeginn durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut mich über mögliche Maßnahmen informieren, die ich selbst ergreifen kann, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Sparkasse Dortmund  
BLZ: 440 501 99  
Konto: 00 115 703 5  
IBAN: DE 76 4405 0199 0001 1570 35  
BIC : DORTDE 33 XXX

Geschäftsführer:  
Patrick Nockemann  
Dipl.-Sportwissenschaftler

Web: [www.bewemed.de](http://www.bewemed.de)  
Mail: [info@bewemed.de](mailto:info@bewemed.de)  
IK Nr.: 540 590 297  
IK Nr.: 440 526 403