



AMBULANTES HERZZENTRUM
PRAXIS-REHA-SPORT

BEHANDLUNGSVERTRAG für privat Versicherte

Märkische Straße 23-33
44141 Dortmund

Fon 0231. 9 81 80 57
Fax 0231. 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

1. Der Vergütungssatz beträgt pro Behandlungseinheit _____ €. Der Gesamtpreis beträgt bei _____ Behandlungseinheiten _____ €. Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen.
2. 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.
3. 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. An dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.

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
Mail: info@bewemed.de
IK Nr.: 540 590 297
IK Nr.: 440 526 403



AMBULANTES HERZZENTRUM
PRAXIS-REHA-SPORT

BEHANDLUNGSVERTRAG für privat Versicherte

Märkische Straße 23-33
44141 Dortmund

Fon 0231. 9 81 80 57
Fax 0231. 3 34 61 84

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

4. Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch ihre Beihilfestelle und/ oder private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei ihrem Kostenträger.

5. Patientenaufklärung

Mit ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie bereits 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 sind.

6. 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.

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

Die vorstehenden Hinweise, insbesondere zu den Behandlungspreisen und zu der Patientenaufklärung, habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

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
Mail: info@bewemed.de
IK Nr.: 540 590 297
IK Nr.: 440 526 403