

# Behandlungsvereinbarung

zwischen Impuls Reha- u. Gesundheitszentrum GmbH | Winterhäuser Str. 95 | 97084 Würzburg und

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
Email:	_____	Geboren am:	_____
Kostenträger:	_____	Hausarzt:	_____

## 1| Versicherungsstatus

Sind Sie Beihilfeberechtigt?  ja  nein

## 2| Behandlungskosten

Die Kosten für die Behandlung entnehmen Sie bitte unserer aktuellen Gebührenübersicht. Diese haben wir Ihnen separat ausgehändigt. Die in der Gebührenübersicht enthaltenen Honorarsätze gelten mit Ihrer Unterschrift als vereinbart, werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder privaten Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen übernommen werden. Die Behandlungskosten sind innerhalb des Zahlungsziels zu zahlen. Dieses können Sie der Rechnung entnehmen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist behalten wir es uns vor, nach weiterer Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen zu erheben.

## 3| Terminvereinbarung

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher – telefonisch (gerne auch auf den Anrufbeantworter), per Mail oder persönlich - absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung begründet eine **für Sie als Patient/-in einzuhaltende Pflicht**. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin **nicht** rechtzeitig absagen, behalten wir es uns vor, Ihnen die vereinbarte Vergütung (siehe Gebührenübersicht) für den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen. Selbstverständlich können Sie nach Zahlung der Ausfallrechnung einen Ersatztermin vereinbaren.

## 4| Anmeldung

Vor jeder Behandlung ist eine Unterschrift an der Anmeldung auf der Verordnung zu leisten. Bitte planen Sie einen entsprechenden Zeitpuffer vor Ihrer Behandlung ein. Erfahrungsgemäß sollten Sie mindestens 10 Minuten vor der eigentlichen Behandlung im Haus sein.

## 5| Information zum Datenschutz

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen.

## 6| Haftung

Die Haftung der Impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung – auch in Bezug auf Mitarbeiter – für Vorsatz.

Impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH  
Winterhäuser Straße 95  
97084 Würzburg  
Telefon: 0931 3593438 – 0  
Fax: 0931 3593438 – 165  
Email: [info@impuls-wuerzburg.de](mailto:info@impuls-wuerzburg.de)  
Internet: [www.impuls-wuerzburg.de](http://www.impuls-wuerzburg.de)

Geschäftsführer:  
Albrecht Behnke  
Matthias Graeber  
  
AG Würzburg HRB 5711  
Ust. Ident. NR.: DE229420455

Sparkasse Mainfranken  
IBAN: DE92 7905 0000 0042 0368 30  
SWIFT-BIC: BYLADEM1SWU

VR-Bank Würzburg  
IBAN: DE95 7909 0000 0003 4022 40  
SWIFT-BIC: GENODEF1WU1

## 7| Aufklärung

Die Mitarbeiter der impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH haben mich zudem 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.

## 8| Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde die impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH sowie alle dort beschäftigten Personen anlässlich meiner Behandlung von der Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass über die vorstehende Behandlung uneingeschränkt Auskunft erteilt werden darf. Diese Entbindungserklärung gilt **ausschließlich** für Erklärungen gegenüber meinen anderen Behandlern, meinem Hausarzt bzw. behandelten Facharzt und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

ich stimme zu  ich widerspreche

## 9| Zusatz SARS-CoV-2

**Wir bitten Sie bei der Inanspruchnahme Ihrer Therapie um die Einhaltung folgender Schutzmaßnahmen:**

- Nutzen Sie beim Betreten der Einrichtung die Möglichkeit zur hygienischen Hände-Desinfektion, oder waschen Sie Ihre Hände gründlich mit Seife.
- Halten Sie den gebotenen Abstand zu anderen Patienten und, wo immer möglich, zu unseren Mitarbeitern.
- Halten Sie die allgemeinen Hygieneregeln (Abstand halten, Nies-Etikette beachten, regelmäßiges, gründliches Händewaschen) ein.

**Bitte beachten Sie:** In unserer Einrichtung besteht ein allgemeines Betretungsverbot für Personen mit Fieber, Erkältungssymptomen jedweder Art und Schwere (z.B. Husten, Schnupfen, Halsschmerzen o.ä.), allgemeinen Krankheitssymptomen.

Beachten Sie jederzeit unsere Hygienemaßnahmen und sagen Sie bei vorliegenden Krankheitssymptomen bitte Ihren Termin rechtzeitig ab.

**Ich bestätige die vorangegangene Information gelesen zu haben und versichere meine Therapie nur unter Berücksichtigung der oben genannten Regularien wahrzunehmen.**

**Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden. Ich erkenne alle Regelungen an und willige in die durchzuführende medizinische Behandlungsmaßnahme bis auf Widerruf ausdrücklich ein. Die Honorarsätze gemäß Gebührenübersicht sind mir bekannt. Ein Exemplar dieses Behandlungsvertrages sowie der Gebührenübersicht habe ich erhalten.**

---

Datum

---

Unterschrift