

Honorarvereinbarung 2026

zwischen

Name _____ Geb. Datum _____

Straße, Nr. _____ PLZ/Ort _____

Abweichende Rechnungsadresse _____

Tel. _____ Mobil _____ Email _____

und der Therapiezentrum Friedrichsort GbR, An der Schanze 38, 24159 Kiel

Es werden folgende Behandlungspreise vereinbart:

Krankengymnastik	35,00 €	Klassische Massagetherapie	26,00 €
Lymphdrainage (Teilbehandlung)	40,00 €	Lymphdrainage (Ganzbehandlung)	80,00 €
Lymphdrainage (Großbehandlung)	60,00 €	KG / ZNS	52,00 €
Manuelle Therapie (20 Min.)	40,00 €	Eis	15,00 €
Manuelle Therapie (30 Min.)	60,00 €	Heiße Rolle	15,00 €
Fango	18,00 €	KG-Gerät	60,00 €
Heißluft	9,00 €	Physiotherapeutischer Erstbefund	17,00 €

Hinweis:

Ich werde die mir gestellten Rechnungen, unabhängig von meinem PKV-Vertrag, ohne Abzüge und innerhalb der dafür vorgesehenen Fristen bezahlen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Reha Med Kiel GbR nur Zahlungen direkt vom Vertragspartner, also mir als Patient, akzeptiert.

Mir ist auch bewusst, dass die Beihilfe unsere Preise nicht in voller Höhe erstatten!

Datum

Unterschrift Patient (in)

Nächste Seite →

Informationen zu Ihrer Behandlung im Therapiezentrum Friedrichsort

§ 615 BGB erlaubt es uns, Termine die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden in der Höhe der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen. Diese Regelung kommt bereits bei der ersten kurzfristigen Terminabsage zur Geltung.

Zur Erklärung:

Kurzfristig abgesagte Termine richten in der Praxis einen finanziellen Schaden in der Höhe von 1,5 Therapeutengehältern pro Monat an. Im Krankheitsfall werden wir situationsabhängig über eine Ausfallgebühr entscheiden. Dieses ist davon abhängig, wann der Termin abgesagt wurde. Dabei gilt eine Absage, die 6 Stunden vor dem Termin erfolgt, als akzeptabel. Nicht abgesagte Termine werden auch im Krankheitsfall in Rechnung gestellt.

Sollten mehrfach Termine unentschuldigt verpasst werden behalten wir uns vor alle weiteren noch offenen Termine aus der Planung zu nehmen und in Zukunft keine weiteren Termine in unserer Praxis an Sie zu vergeben. Für diesen Fall werden wir auch eine Meldung an Ihren behandelnden Arzt weiterleiten.

Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes Handtuch mit.

Wir versuchen unseren eng getakteten Zeitplan einzuhalten. Trotzdem kann es zu kurzen Verzögerungen kommen.

Um den Terminplan einhalten zu können, ist es wichtig, dass Sie rechtzeitig zum Termin erscheinen. Am Besten planen Sie daher 5 – 10 Min. vor dem Behandlungsbeginn ein.

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, vereinbaren Sie bitte rechtzeitig neue Termine.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die o.g. Bedingungen für den Praxisbesuch an.

Kiel, den _____ Unterschrift _____

Auf der folgenden Seite finden Sie die Einwilligungserklärung zum Datenschutz. Diese muss vor dem Behandlungsbeginn von Ihnen unterschrieben werden. Wenn Sie weitere Informationen zum Datenschutz (z.B. an welche Einrichtungen und Personen wir Ihre Daten ggf. weitergeben und zu welchem Zweck dieses geschieht) erhalten wollen, können spreche Sie bitte unsere Empfangskräfte an. Die weiteren Informationen zum Datenschutz sind auch auf unserer Homepage im Downloadbereich einzusehen bzw. auszudrucken. Gleiches gilt für unsere AGBs.

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich **Name** _____

Vorname _____

Geb. _____

**meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im
Zusammenhang mit meiner Behandlung im Therapiezentrum Friedrichsort GbR**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der physiotherapeutischen Leistungen bzw. Heilpraktikerleistungen im Falle einer Osteopathie (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrages erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Möglichkeit habe, die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben im Downloadbereich der Homepage www.therapiezentrum-friedrichort.de im Downloadbereich einzusehen oder auf Nachfrage auch vom Empfangspersonal ausgedruckt zu bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung (s.u.) habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Widerrufsbelehrung:

Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an das Therapiezentrum Friedrichsort GbR, Nicolaus von Ketelhodt, Stefan Grunert, An der Schanze 38, 24159 Kiel.