

Patientenvereinbarung und allgemeine Geschäftsbedingungen für die Spiraldynamik®

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____
Tel Mobile: _____ E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Honorar Spiraldynamik

Ich arbeite im Stundenrhythmus. Eine Behandlungsstunde kostet ca. 155.00 CHF (gemäss dem kantonal gültigen Taxpunktwert) – darin eingeschlossen sind 10 Minuten für Dokumentation und Wechselzeit.

Spiraldynamik® kann mit Physiotherapie kombiniert werden, in dem Fall sieht die Abrechnung wie folgt aus: Der **Physiotherapieanteil** (ca. 50.00 CHF) benötigt eine ärztliche Verordnung und wird direkt von der Grundversicherung bzw. Unfallversicherung bezahlt.

Der **Spiraldynamik®anteil** wird gemäss Komplementärtarif 590 (Position 1210 je 5 Minuten à 12.94 CHF) verrechnet.

Es besteht keine Leistungspflicht seitens der Versicherungen. Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Zusatzversicherung bezüglich einer allfälligen Übernahme dieser Kosten. Bei fehlender Deckung müssen Sie mit 105.00 CHF pro Behandlungsstunde zu Ihren Lasten rechnen.

Unfallversicherungen übernehmen den Spiraldynamik®anteil nur in Ausnahmefällen und auf Antrag hin.

Sonderkondition: Therapiezeit 30 Minuten, inklusive 5 Minuten für Dokumentation und Wechselzeit reduziert den Nicht-Pflichtanteil auf 27.50 CHF pro Sitzung.

Kinesio-Tape: Tapes können über die Grundversicherung / Unfallversicherung abgerechnet werden. Bei Privatzahlern / Abrechnung über Zusatzversicherung berechne ich 5.00 CHF pro Tape und Sitzung.

Zahlungsmodalitäten / Vorleistungspflicht

Den Physiotherapieanteil rechnen wir direkt mit den Krankenkassen/Unfallversicherungen elektronisch ab. Wir sind von allen Krankenkassen und Unfallversicherer der Schweiz anerkannt. Sie erhalten dann von Ihrer Kasse die Abrechnung (abzüglich ihrer Franchise und 10% Selbstbehalt). **Leider kann es vorkommen, dass weder die Krankenkasse noch die Unfallversicherung die Kosten für die Therapie übernehmen. In diesem Fall ist der Patient vorleistungspflichtig und muss für die Behandlungskosten aufkommen.**

Einverständnis / Datenschutz

Hiermit bevollmächtige ich meine/n zuständige Therapeut/in medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden Ärzten mündlich und schriftlich auszutauschen. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Therapeutin und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Ausserdem gebe ich mein Einverständnis, dass die Krankenkassen-Daten zur korrekten Abrechnung automatisch abgefragt werden dürfen.

Allgemeines

- Im Verhinderungsfall bitte **spätestens 24 Stunden vor dem Termin absagen**. Kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.
- In den Praxisräumen ist das Mobiltelefon auf lautlos zu stellen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Vereinbarung und den Geschäftsbedingungen einverstanden und bestätige diese gelesen zu haben.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____