

UNSERE AGB´s

Zu jeder Heilmittelverordnung (Rezept), die Sie von Ihrem Arzt erhalten, berechnen wir nach § 32 Abs. 2 & § 61 Satz 3 SGB V, die Zuzahlung, die in der Regel 10% vom Abgabepreis zuzüglich einer Rezeptgebühr von 10,00 €, beträgt. Wir möchten darauf hinweisen, dass wir diesen Zuzahlungsbetrag beim ersten Behandlungstermin unaufgefordert abrechnen müssen.

ES GILT:

- 1** Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, gilt eine gesetzliche Absagefrist von 24 Stunden. Es gelten ausschließlich Mitteilungen per WhatsApp, Mail oder Anrufbeantworter der Praxis.
- 2** Bei Nichteinhaltung dieser gesetzlichen Vorgabe, behalten wir uns das Recht vor, Ihnen eine Ausfallrechnung in Höhe des Ausfalls (Preis der jeweiligen Behandlung) zu stellen. Gegenstand dieser Regelung sind ebenfalls Terminänderungen.
- 3** Wir behalten uns das Recht vor Termine aus wichtigen Gründen oder Ausfall eines Therapeuten auch kurzfristiger absagen zu können.
- 4** Um wertvolle Therapiezeit nicht verstreichen zu lassen, bitten wir Sie, immer 5 Min. vor Therapiebeginn in der Praxis zu erscheinen.
- 5** TheraLind Körperuniversum handelt und arbeitet nach der DSGVO, mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese an und stimmen mit der Verarbeitung Ihrer personengebundenen Daten zu. Weiterhin bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie in der Praxis über Artikel 13 der Datenschutzverordnung aufgeklärt wurden.
- 6** Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personengebundenen Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Für Fragen jeglicher Art sprechen Sie uns gerne an. Wir freuen uns Ihnen weiterhelfen zu können. Ihre Daten werden natürlich vertraulich behandelt und unter besonders gesicherten Umständen nach dem Einscannen in unsere Software direkt vernichtet. Für eventuelle Fragen hierzu stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie oben genannte Punkte und die Patienteninformation an und bestätigen die Vollständigkeit Ihrer medizinischen Unterlagen.

.....
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)