

# Behandlungsvertrag für physiotherapeutische Leistungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Sie bereits unsere Datenschutzvereinbarung ausgefüllt haben, vielen Dank dafür! Im nächsten Schritt möchten wir Ihnen noch unseren Behandlungsvertrag vorstellen. Darin finden Sie wichtige Informationen rund um Ihre Therapie und die organisatorischen Abläufe in unserer Praxis. Bitte lesen Sie diese Informationen sorgfältig durch und füllen Sie alle Angaben wahrheitsgemäß aus. Bei Fragen sind wir jederzeit für Sie da!

Ihre Praxis: Physio Ludo GmbH

ICD 10- Code

Name Patient:in

Geb. Datum

## 1. Vertragsgegenstand

Dieser Vertrag regelt die Durchführung physiotherapeutischer Behandlungen durch die oben genannte Praxis. Die Behandlung erfolgt auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung oder im Rahmen einer sektoralen Heilpraktiker-erlaubnis.

## 2. Aufklärung und Einwilligung

Ich wurde umfassend und verständlich über Art, Umfang, Durchführung sowie über die zu erwartenden Folgen und Risiken der vorgesehenen physiotherapeutischen Maßnahmen informiert. Mir wurde erläutert, dass trotz fach-gerechter Durchführung unerwünschte Reaktionen auftreten können, darunter:

- **Häufig:** Muskelkater, Müdigkeit, vorübergehende Schmerzverstärkung
- **Sehr selten:** Verletzungen von Gefäßen oder Nerven
- **Selten:** Blutergüsse, Kreislaufreaktionen, Hautirritationen

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, die mir zufriedenstellend beantwortet wurden. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Einwilligung in die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen.

## 3. Ergänzende Hinweise zur Behandlung und Verantwortung

- Die physiotherapeutische Behandlung erfolgt ausschließlich auf Grundlage der ärztlichen Verordnung bzw. im Rahmen der sektoralen Heilpraktikererlaubnis. Sie ersetzt keine ärztliche Diagnostik oder Therapie.
- Ich bin darüber informiert, dass im Rahmen der Behandlung körperliche Berührungen notwendig sind, die ausschließlich therapeutischen Zwecken dienen und unter Wahrung meiner Intimsphäre erfolgen.
- Ich verpflichte mich, vor Beginn der Behandlung vollständige Angaben über bestehende Erkrankungen, Verletzungen, Implantate, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologische oder sonstige relevante Beschwerden zu machen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass unvollständige oder falsche Angaben zu Behandlungsrisiken führen können.
- Für Schäden, die durch eigenständige, fehlerhafte Durchführung empfohlener Übungen außerhalb der Behandlung entstehen, übernimmt die Praxis keine Haftung.
- Sollten während oder nach der Behandlung unerwartete Beschwerden auftreten, verpflichte ich mich, dies unverzüglich mitzuteilen und die Therapie eigenverantwortlich zu unterbrechen.

## 4. Haftungsbeschränkung

Die Praxis haftet für Schäden, die durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten verursacht wurden. Für einfache Fahrlässigkeit haftet die Praxis nur bei Verletzung wesentlicher Vertragspflichten (Kardinalpflichten) und beschränkt sich in diesem Fall auf den vertragstypischen, vorhersehbaren Schaden. Die Haftung für einen Behandlungserfolg ist ausdrücklich ausgeschlossen.

## 5. Mitwirkungspflichten des Patienten

Für den Erfolg der Therapie ist meine aktive Mitwirkung erforderlich. Ich verpflichte mich daher:

- alle relevanten Gesundheitsinformationen wahrheitsgemäß anzugeben
- empfohlene Eigenübungen gewissenhaft durchzuführen
- gesundheitliche Veränderungen unverzüglich mitzuteilen
- vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten/rechtzeitig abzusagen

## 6. Vertragsdauer und Kündigung

Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Dauer der Behandlung. Beide Parteien können den Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen kündigen. Bereits erbrachte Leistungen sind zu vergüten.

## 7. Schlussbestimmungen

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt.

Ich bestätige, dass ich den vorliegenden Behandlungsvertrag einschließlich der Hinweise zur Risiko-aufklärung, Mitwirkungspflichten und Haftungsregelung vollständig gelesen, verstanden und akzeptiert habe.

Dortmund

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Ich wurde mündlich und schriftlich über Art, Umfang, mögliche Risiken und Grenzen der physiotherapeutischen Behandlung aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Offene Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich erkläre mich mit den Bedingungen der Behandlung sowie den Regelungen dieses Vertrages einverstanden und willige freiwillig in die Durchführung der Therapie ein.

Unterschrift Patient :in

Praxisstempel/Unterschrift Praxis