

BEHANDLUNGSVERTRAG

(STAND SEPTEMBER 2026)

Zwischen: **MoveaMed** und

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Vorname:

Nachname:

Straße /Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Behandelnder Arzt:

Empfehlung durch:

Versicherung: ☐ privat ☐ Beihilfe berechtigt ☐ gesetzlich versichert, daher Selbstzahler

Versichert bei:

Vertragsgegenstand

Dieser Vertrag bezieht sich auf die Durchführung von Behandlungen mittels Physiotherapie oder im Rahmen der Heilpraktik wie z.B. Chiropraktik.

Terminvereinbarung

Unsere Praxis führt ein Bestellsystem, wodurch vereinbarte Termine ausschließlich für den Patienten reserviert sind. Der Patient verpflichtet sich Termine einzuhalten, bzw. diese mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine werden mit einer Ausfallpauschale von 85 € berechnet.

Datenschutz

Einwilligung (Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 Ziffer a (DSGVO))

- ☐ Ich bestätige hiermit, dass MoveaMed meine Daten zu Abrechnungszwecken speichern oder an eine private Verrechnungsstelle, sowie an das Steuerbüro weitergeben darf.
- ☐ Ich bestätige, dass ich telefonisch, per E-Mail oder SMS kontaktiert werden darf.
- ☐ Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig.

Datum, Ort: Unterschrift: