



## BEHANDLUNGSVERTRAG

**Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,**

**herzlich willkommen** in unseren Räumen!

Schön, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben.

Wir freuen uns auf eine **gute Zusammenarbeit** und werden alles dafür geben, mit Ihnen an Ihrer Zielsetzung zu arbeiten.

Damit Sie sich gut bei uns zurechtfinden, haben wir einige **wichtige Informationen** für Sie zusammengestellt. Bitte nehmen Sie den Inhalt der folgenden Seiten zur Kenntnis. Er bildet die Arbeitsgrundlage zwischen Ihnen und dem\*der Therapeut\*in für die gesamte Dauer der Betreuung.

Unser Ziel ist es mit möglichst wenigen Behandlungen Lebensqualität zu sichern oder wiederherzustellen, um letztlich Wohlbefinden zu schaffen.  
Dabei verstehen wir uns als Ihre Wegbegleiter.

Name:

.....

ggf. Name der / des Erziehungsberechtigten / Angehörigen / Betreuer:in

.....

Adresse:

.....

ggf. abweichende Rechnungsadresse

.....

Telefon/Handy:

E-Mail:

.....



## TERMINABSAGEN:

Bitte wählen Sie die Termine so, dass Sie diese auch wirklich einhalten können.

Sollten Sie einmal absagen müssen, beachten Sie bitte folgendes:

Sie vereinfachen unsere Planung, wenn Sie **so früh wie möglich** absagen.

**Kostenfrei** können Sie **bis 14.00 Uhr am Vortag** absagen.

Sie können dies jederzeit über unsere  
**online- Rezeption auf der Website** ([www.gesundheitszentrum-paderborn.de](http://www.gesundheitszentrum-paderborn.de)),  
**per Mail** ([rezeption@gesundheitszentrum-paderborn.de](mailto:rezeption@gesundheitszentrum-paderborn.de)) oder  
**per Telefon** (05251/ 142290, AB ist geschaltet) tun.

Für **spätere Absagen** stellen wir Ihnen eine **Ausfallgebühr** in Rechnung  
(20,00€, wenn der Termin bis zu 30 Minuten gedauert hätte; 35,00€ bei Terminen  
ab 30 Minuten; 17,50€ bei Gruppenterminen).

Wenn Sie privat versichert sind, wird ein nicht oder zu spät abgesagter Termin nach unseren  
Vergütungssätzen berechnet.

## DATENSCHUTZ-INFORMATION:

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, dass Ihre  
Daten bei uns gespeichert werden.

Diese Speicherung geschieht auf der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung der  
erbrachten Leistung mit internen und externen Abrechnungsstellen, zur therapeutischen  
Dokumentation und zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir verpflichtet diese Daten mindestens zehn Jahre  
nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch speichern, haben wir technisch-organisatorische  
Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über die Art der zu Ihrer Person gespeicherte Daten  
zu erlangen.

Ihr Praxisteam

Hier alle wichtigen Informationen auf einen Blick:

1. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir in Rechnung gestellt.
2. Die Aufsichtspflicht für mein Kind gilt nur für den vereinbarten Therapiezeitraum.
3. Hiermit entbinde ich meine\*n Therapeut\*in von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber des Therapeutenteams des Gesundheitszentrum Alte Brauerei und Ärzten.
4. Für volljährige Personen ist die Verordnung zuzahlungspflichtig (10€ Blattgebühr+ 10% Rezeptwert). Sie können diese vor Ort zahlen oder nach Rechnungsstellung überweisen. Wenn Sie von der Zuzahlung befreit sind, legen Sie bitte den Befreiungsausweis an der Rezeption oder Ihrem/ Ihrer Therapeut\*in vor.
5. Die Datenschutz-Informationen habe ich gelesen.

Paderborn, den:

Unterschrift:

(Klient\*in, Erziehungsberechtigte\*r, Betreuer\*in)

## Vergütungsliste Privatklient\*innen gültig ab 01.01.2026

Krankengymnastik 20 min.	40,47€
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis 25 min.	64,29€
Manuelle Therapie 20 min.	48,62€
Krankengymnastik am Gerät 60 min.	76,23€
Massage 15 min.	29,54€
Manuelle Lymphdrainage 30 min.	52,65€
Manuelle Lymphdrainage 45 min.	78,95€
Manuelle Lymphdrainage 60 min.	105,29€
Kompressionsbandagierung einer Extremität	31,30€
Heiße Rolle	18,40€
Naturmoor, Teilpackung, einmal verwendbar	27,12€
Medi-Taping, (klein,mittel,groß) therapiebegleitend	8,00€/11,00€/14,00€
Medi-Taping 20min	40,47€
Sek. Heilpraktiker Physiotherapie, Behandlung / Diagnostik 20 min.	40,47€
Sek. Heilpraktiker Physiotherapie, Behandlung / Diagnostik 60 min	121,42€
Hausbesuchspauschale Privat	31,12€
Hausbesuchspauschale Soziale Einrichtung	17,88€
<b>OSTEOPATISCHE BEHANDLUNG</b>	
Pro Behandlungstermin (Unabhängig von Dauer der Behandlung)	120,00€
<b>ERSTBEFUNDUNG</b>	
Therapiekurzbericht an den behandelnden Arzt	10,11€