



- d) Alle relevanten Behandlungsinhalte werden in Ihrer Patientenakte dokumentiert, die für mindestens 10 Jahre aufbewahrt wird. Sie haben das Recht auf Einsicht und können eine Abschrift gegen Entgelt anfordern.

### **3. Kosten**

- a) Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der beiliegenden Honorarvereinbarung.  
b) Abrechnung erfolgt nach Abschluss des Rezepts. Die Zahlung erfolgt ausschließlich als Rechnung.  
c) Rechnungen sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum fällig. Bei Überschreitung des Zahlungsziels gerät der Rechnungsbetrag automatisch in Verzug. In diesem Fall können Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (5 Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz gemäß § 288 BGB) sowie eine Mahngebühr von 5,00 € je Mahnstufe berechnet werden.  
d) Bitte wenden Sie sich bei Fragen zur Rechnung zeitnah an mich, damit wir gemeinsam eine Lösung finden können.  
e) Ich empfehle Ihnen die Höhe der Kostenübernahme Ihrer Privatversicherung oder Beihilfe vor Behandlungsbeginn zu klären.

### **4. Terminregeln und Ausfallgebühr**

- a) Die Praxis ist als Bestellpraxis organisiert- daher wird Ihr Termin für Sie reserviert. Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen; auch bei unerwarteten Ereignissen.  
b) **Ausfallgebühr:** bei einer späteren Absage oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß §615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte. Das Ausfallhonorar orientiert sich an der vereinbarten Vergütung (Honorarvereinbarung).

### **5. Geltung des Behandlungsvertrags**

- a) Der Vertrag tritt mit Ihrer Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Durchführung aller Erst- und Folgeverordnungen bzw. Erst- und Folgebehandlungen, bis er von einer der beiden Seiten aufgelöst wird. Änderungen oder Ergänzungen müssen schriftlich vereinbart werden.  
b) Bei Preisänderungen wird die bestehende Honorarvereinbarung seitens der Praxis aufgelöst und neu vereinbart, bevor weitere Behandlungen stattfinden.

### **6. Datenschutz**

- a) Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir sehr wichtig; gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informiere ich Sie darüber, dass Ihre personenbezogenen Daten bei mir verarbeitet und gespeichert werden. Bei Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift Patient/in: