



## **Behandlungsvertrag Rehabilitationssport für Privatversicherte/ Beihilfeversicherte**

Diese Vereinbarung gilt zwischen dem anerkannten und zertifizierten Rehasportleistungsanbieter:

und folgendem Teilnehmenden:

Name:

Adresse:

Folgende Absprachen den Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX betreffend wurden mir von meiner Privatversicherung/ Beihilfestelle zugesichert:

- Vergütungssatz/ pro Übungseinheit: \_\_\_\_\_
- Anzahl der Übungseinheiten (a` ÜE mind. 45 Minuten): \_\_\_\_\_
- Zeitraum: \_\_\_\_\_

Der Vergütungssatz ist unabhängig von der Erstattung seitens der Privatversicherung/ Beihilfestelle zu zahlen.

Nach Ablauf des definierten Zeitraumes oder nach vorzeitiger, schriftlicher Beendigung der Leistung, wird der Leistungserbringer die erbrachten Leistungen, ausgewiesen durch die Teilnahmebestätigung, in Rechnung stellen. Diese Rechnung muss innerhalb

von: \_\_\_\_\_ Tagen überwiesen werden.

Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist behalten wir es uns vor, nach weiterer Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu erheben.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Zwischenabrechnung mit dem Kostenträger nicht möglich ist.

sonstige Absprachen:

### Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages ist mir ausgehändigt worden.

**Ort/ Datum Unterschrift TN/ gesetzlicher Vertreter:**

\_\_\_\_\_

**Ort/ Datum Unterschrift Leistungsanbieter** (vertretungsberechtigt nach § 26 BGB):

\_\_\_\_\_