

BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen:

Praxis für Osteopathie & ganzheitliche Medizin

Jessica Kallweit, Goslarer Str.5, 38690 Goslar

und:

(Name, Anschrift Patient bzw. bei Minderjährigen dessen Sorgeberechtigten)

I. Vertragsgegenstand: Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten. Dieser Vertrag behält Gültigkeit für ggf. weitere osteopathische Behandlungen.

II. Honorar und Dauer: Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung (Dauer: 50 – 60 Minuten) ist ein Betrag 110 € vereinbart. Die exakte Dauer der Behandlung richtet sich individuell nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist unmittelbar nach der Behandlung fällig (als Barzahlung oder per Ec Karte möglich) oder innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung auf das Konto:

Jessica Kallweit
DE96 2595 0130 0057 0769 64
Sparkasse Hildesheim Goslar Peine

zu überweisen.

III. Teil - Erstattung der Kosten durch die Krankenkasse: Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und der behandelnden Osteopathin. Unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten, verpflichtet sich dieser zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht. Um eine evtl. Kostenerstattung durch die Krankenkasse muss der Patient sich selbstständig kümmern.

IV. Hinweise Terminvereinbarung / Absagen von Terminen: Die Praxis wird nach einem Online Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist. Der Patient ist daher verpflichtet Termine pünktlich einzuhalten und, falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden, vorher abzusagen (entweder durch das Online Programm, telefonisch / auf dem Anrufbeantworter oder unter info@osteopathievienenburg.de), damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 50€ an.

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____