

Behandlungsvertrag

Behandlungsvertrag Osteopathie

von:

Praxis für Osteopathie
Anika Schwinn - Lauer
Weißkreuzstr. 9
66740 Saarlouis

mit:

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefonnummern: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

beihilfeberechtigt [] ja [] nein

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

II. Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird abhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag zwischen 40-50 € vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Das Honorar ist unmittelbar fällig.

III. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.

Der Patient ist daher verpflichtet,

- Termine pünktlich einzuhalten,
- falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, 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 [20,00 €] an.

Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Der Leistungsumfang der einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen unterscheidet sich erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit der Behandlung selbst vor dem ersten Termin mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Informationsblatt zum Datenschutz erhalten: Ja: Nein:

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____