



Behandlungsvertrag

zwischen Physio4Kids, Hermannsbürger Straße 30, 29303 Bergen

und

_____, geboren am _____

wohnhaft in _____

ggf. Name des Erziehungsberechtigten

Telefon privat/dienstlich

Hausarzt / überweisender Arzt

Private Krankenversicherung (Bitte eine Kopie der Heilmittelerstattungsliste Ihrer Kasse beilegen)

Beihilfeempfänger [] ja [] nein

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung physiotherapeutischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung vom _____

2. Es werden folgende Gebührensätze vereinbart:

_____	_____	EUR
_____	_____	EUR
_____	_____	EUR
_____	_____	EUR

3. Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der Patientin/des Patienten ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen.

4. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie den Termin mindestens 24 Stunden vorher ab, damit der Termin anderweitig belegt werden kann. Andernfalls sind wir berechtigt eine Ausfallgebühr in Höhe des Therapiesatzes in Rechnung zu stellen. Unser Ausfallhonorar beträgt _____ EUR je _____ Minuten.

5. Bitte beachten Sie, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihr Kind nur für den vereinbarten Therapiezeitraum gültig ist.

6. Ein Wechsel der Krankenkasse oder Änderungen der Kontaktdaten müssen der Praxis zeitnahe mitgeteilt werden.

7. Der Versicherte macht einen möglichen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung selbst geltend

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, mich an die oben genannten Vereinbarungen zu halten.

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)