

BEHANDLUNGSVERTRAG (V02)

Zwischen:

PHYSIOARTICUM, Praxis für Heilpraktik, Osteopathie und Physiotherapie
Christine Woy, Innsbrucker Str. 28, 10825 Berlin

und (bei Minderjährigen dessen Sorgeberechtigten):

_____ Vorname/Name	_____ Geburtsdatum
_____ Straße mit Hausnr.	_____ Wohnort
_____ Telefon (mobil)	_____ email

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 von **110 €** vereinbart. Die exakte Dauer der Behandlung richtet sich individuell nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist unmittelbar **vor** der Behandlung **in bar** fällig oder 3 Tage **vor** der Behandlung auf das folgende Konto zu überweisen:

Christine Woy
DE81 6035 0130 1001 0440 26
DEUTSCHE APOTHEKER- UND AERZTEBANK

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 vereinbarte Zeit ist 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 über das Portal über welches die Terminreservierung erfolgt ist, auf dem Anrufbeantworter, über ein etabliertes Nachrichtenformat (z.B. WhatsApp) oder unter christinewoy40@gmail.com), 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 der gesamten Behandlungskosten** an.

Berlin, den _____

Unterschrift der/des Patientin/Patienten
(ggf des Sorgeberechtigten)