

**Behandlungsvertrag
der Firma Physiowöhrld
über
private Zusatzleistungen**

**- Osteopathische Behandlungstechniken im Delegationsverfahren -
ausgeführt durch
Frau Madelaine Lehmann**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine ausreichende Behandlung vertraglich sichergestellt hat.

Ich wünsche dennoch darüber hinausgehende Leistungen, in Form von osteopathischen Techniken, ausgeübt durch Frau Madelaine Lehmann.

Ich weiss, dass Sie nur auf Delegation durch einen Arzt oder Heilpraktiker die Leistungen erbringt. (ein Privatrezept ist also zwingend erforderlich)

Ich weiss, dass es in besonderen Fällen notwendig ist, ein Behandlung in Körperöffnungen durchzuführen, wie z.B. Kiefer, rectal, vaginal.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

Ich weiß, dass ich die Kosten für die Behandlung selbst zu tragen habe, und mich um eventuelle Rückerstattung durch meine Krankenkasse, selbst zu kümmern habe.

(Bitte informieren Sie sich in diesem Falle **vorher** bei Ihrer Krankenkasse)

Das **Honorar** wird mit **80 € pro Behandlung** vereinbart.

Das Honorar ist von der Mehrwertsteuer befreit.

Die Bezahlung erfolgt in jedem Falle Bar direkt nach der Behandlung.

Die Behandlung erfolgt nach vereinbarten Terminen.

Bei nicht rechtzeitiger Absage (24 Stunden vor dem Termin) wird eine Terminausfallgebühr in Höhe der Behandlungsgebühr erhoben.

Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann eine volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Kunde

Unterschrift Madelaine Lehmann