

(Bitte vollständig und leserlich ausfüllen)

Behandlungsvertrag

zwischen Heilpraktiker Johannes Thies und



Osteopathie & Psychotherapie

Nachname des Patienten _____

Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Handy _____

eMail _____

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> privat versichert | bei: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe | bei: _____ |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | bei: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversichert | bei: _____ |

TEL 0173 230 6251
MAIL INFO@JTHIES.DE

www.jthies.de

Hilperstr. 20
64295 Darmstadt

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist eine naturheilkundliche Behandlung des Patienten mit Osteopathie, Naturheilverfahren und/oder Psychosomatischer Beratung.

II. Honorar und Abrechnung

Die Rechnung zu meinen Leistungen orientiert sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Osteopathie ist Selbstzahlerleistung. Viele private Kassen übernehmen einen Großteil der Kosten, viele gesetzliche beteiligen sich. Bitte informieren Sie sich selbst!

Die Liquidation erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung direkt nach der Behandlung mit EC- oder Visakarte oder passend Bar. In Ausnahmefällen ist eine Überweisung auf Rechnung möglich.

Für eine 100% Kostenerstattung kann ich nicht garantieren!

III. Terminvereinbarung und Abrechnung

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist. Deshalb bitten wir Sie, Termine, falls erforderlich, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und der/dem behandelnden Osteopathen(in)

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.

Persönliche Erklärung des Patienten

- Ich bin mit der Privatabrechnung einverstanden.
- Die Liquidation erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung direkt nach der Behandlung
- Ich habe die Patientenaufklärung gelesen & akzeptiert
- Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

- Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.
- Ich bin damit einverstanden, meine Rechnung über die von mir angegebene E-Mail-Adresse zu erhalten.
- Ich habe die **Patientenaufklärung** gelesen, sie wurde mir erklärt und ich verstehe und akzeptiere sie.
- Ich habe die **Patienteninfo zum Datenschutz** gelesen.
- Ich habe die Erklärung zur Haftpflicht gelesen & akzeptiert

o Ich entbinde Johannes Thies von der **Schweigepflicht** gegenüber der Praxis Osteopathie Brenneis zum Austausch über meine Behandlung.

o Die Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn gelesen und akzeptiert.

Ort, Datum, Unterschrift Patient:

Unterschrift Therapeut: