



# Praxis-Haffner

## am Messeturm

Fachärzte für Allgemeinmedizin  
Chirotherapie/Manuelle Therapie

### **Behandlungsvertrag für privatärztliche Behandlung mittels Ohrakupunktur in der Praxis Haffner Rheinstraße 29 – 60325 Frankfurt**

Hiermit erkläre ich,

---

**Name, Vorname, Geburtstag**

dass ich bei Frau Kathrin Haffner oder Dr. med. Christian Haffner die privatärztliche Leistung Ohrakupunktur wünsche. Die Abrechnung erfolgt analog zu Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

**Hinweis:** Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ohrakupunktur keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen ist. Auch private Krankenversicherungen zahlen nicht in jedem Fall. Bei Unsicherheiten über die Leistungen Ihrer Versicherung klären Sie bitte bei Bedarf vor der Behandlung mit Ihrer Kasse, ob und wie viel des Honorares von Ihrer Kasse übernommen wird.

***Es wird ein Honorar von € 40 Euro pro Behandlung vereinbart.***

Ich verpflichte mich, dieses Honorar selbst zu tragen, unabhängig davon, ob meine Versicherung mir einen Zuschuss gewährt oder nicht. Nach §12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig. Wir gewähren ein Zahlungsziel 4 Wochen ab Rechnungsdatum.

Die Behandlung erfolgt nach vereinbarten Terminen. Bei nicht rechtzeitiger Absage (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) wird eine Ausfallsgebühr in Höhe des vollen Honorars erhoben.

---

**Ort, Datum, Unterschrift**