Praxis Haffner

Fachärzte für Allgemeinmedizin,
Chirotherapie/Manuelle Medizin

Behandlungsvertrag
für privatärztliches medizinisches Coaching
in der Praxis Haffner
Lindenstrasse 5 – 60325 Frankfurt

Hiermit erkläre ich,

_____
Name, Vorname, Geburtstag

dass ich bei Kathrin Haffner ein medizinisches Coaching wünsche. Die Abrechnung erfolgt analog zu Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Hinweis: Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Schröpfkopftherapie 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 bei einer Erstsitzung (90min) von € 200 vereinbart.
Für jede weitere Sitzung (60min) werden Kosten von € 130 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 Terminausfallsgebühr in voller Höhe des Honorars erhoben. Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin besteht wegen nachfolgender Termine kein Anspruch auf die volle Behandlungsdauer.

_____
Ort, Datum, Unterschrift