



Fachärzte für Allgemeinmedizin,  
Chirotherapie/Manuelle Medizin

**Behandlungsvertrag  
für privatärztliche Schröpftherapie  
in der Praxis Haffner  
Lindenstraße 5 – 60325 Frankfurt**

Hiermit erkläre ich,

---

**Name, Vorname, Geburtstag**

dass ich bei Kathrin Haffner eine Schröpftherapie 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 von € 60 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 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**