



**Praxis Haffner**

Fachärzte für Allgemeinmedizin,  
Chirotherapie/Manuelle Medizin

**Behandlungsvertrag  
für privatärztliches medizinisches Longevitycoaching  
in der Praxis Haffner  
Lindenstraße 5 – 60325 Frankfurt**

**Hiermit erkläre ich,**

**Name, Vorname, Geburtstag**

dass ich bei Kathrin Haffner die privatärztliche Leistung medizinisches „**Longevity-Coaching**“ wünsche.

**Hinweis:** Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass medizinisches Longevitycoaching keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist und von den gesetzlichen Kassen normalerweise nicht erstattet wird. Auch private Krankenversicherungen zahlen diese Leistung häufig nicht.. 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 € 200 Euro für ein 60-minütiges medizinisches Longevitycoaching 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.

Das Coaching erfolgt nach vereinbarten Terminen. Bei nicht rechtzeitiger Absage (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) kann eine Terminausfallgebühr erhoben werden. Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin besteht wegen nachfolgender Termine kein Anspruch auf die volle Behandlungsdauer.

**Ort, Datum, Unterschrift**

