



Fachärzte für Allgemeinmedizin,
Chirotherapie/Manuelle Medizin

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

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname, Geburtstag

dass ich bei Dr. med. Christian Haffner oder Frau Kathrin Haffner die privatärztliche Leistung „**Grüne Sprechstunde**“ wünsche.

Hinweis: Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Grüne Sprechstunde keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist und von den gesetzlichen Kassen normalerweise nicht erstattet wird.

Auch private Krankenversicherungen zahlen diese Leistung nicht immer. 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 € 100 Euro für eine 30minütige Beratung 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) kann eine Terminausfallgebühr erhoben werden. Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin besteht wegen nachfolgender Termine kein Anspruch auf die volle Behandlungsdauer.

Ort, Datum, Unterschrift