

Behandlungsvertrag

des Therapiezentrum Landhausstrasse über private Zusatzleistungen

– osteopathische Behandlung im Delegationsverfahren –

Ausgeführt durch _ Isabel Goblirsch

Mit

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail Adresse _____

Ich möchte von oben genannter Therapeutin im Therapiezentrum Landhausstrasse osteopathisch behandelt werden, bzw. wünsche als Erziehungsberechtigte/ r die osteopathische Behandlung für meine/n Tochter / Sohn.

Ich weiß dass die Behandlung nur auf Delegation durch einen Arzt oder Heilpraktiker erfolgt und habe ein entsprechendes Rezept vorgelegt.

Ich wurde umfassend über die Honorierung einer osteopathischen Behandlung aufgeklärt und habe

die **Allgemeinen Hinweise zu osteopathischen Behandlungen im Therapiezentrum Landhausstrasse** zur Kenntnis genommen, was gleichfalls mit meiner Unterschrift bestätigt wird.

Hierdurch geregelt sind insbesondere:

Das Honorar je Behandlung beträgt € 100,00.

Die Behandlungszeit ist individuell verschieden und kann zwischen 30 und 60 Minuten variieren.

Ich weiß, dass ich die Kosten für die Behandlung selbst zu tragen habe und mich um eventuelle Rückerstattung durch meine Krankenversicherung selbst zu kümmern habe, und werde es vorher für mich abklären.

Das Honorar ist von der Umsatzsteuer befreit.

Die Bezahlung des Honorars erfolgt in jedem Falle direkt nach der Behandlung in Bar oder mittels EC-Karte.

Die Behandlung erfolgt nach verbindlich vereinbarten Terminen.

Bei nicht rechtzeitiger Absage (24 Stunden vor dem vereinbarten Termin) wird eine Ausfallgebühr in Höhe der vereinbarten Behandlungskosten erhoben.

Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann eine volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

Ich weiß, dass es in besonderen Fällen notwendig ist eine Behandlung in Körperöffnungen durchzuführen, wie z.B. oral, vaginal oder rectal .

_ich stimme zu _ich stimme nicht zu

Ich weiß, dass der Behandlungsvertrag mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn zusammen mit dem ausgefüllten Erfassungsbogen, jeweils unterschrieben, und das Rezept im Therapiezentrum Landhausstrasse vorliegen muss (im Original, per Fax oder gescannt mittels E-Mail).

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____