

Anmeldung und Geschäftsbedingungen

Name:

Anschrift:

PLZ und Stadt:

Geburtsdatum:

Telefon Festnetz:

Telefon Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

**Behandelnder Arzt bei dem sie aufgrund der jetzigen
Beschwerden in Behandlung sind:**

.....

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Ich freue mich Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen und heiße Sie herzlich Willkommen.

Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit für einige formelle Regularien.

Preise:

Erstaufnahme Osteopathie: 95,- Euro

Folgebehandlung Osteopathie (ca. 45 min): 95,- Euro

Die Abrechnung orientiert sich an der Gebührenverordnung für Heilpraktiker von 1985 (GebüH).

Die erstattungsfähigen Kosten stehen in Abhängigkeit zu Ihrer Krankenkasse und dem gewählten Versicherungstarif.

Die meisten privaten Kassen erkennen die GebüH an.

Bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich direkt bei Ihrer Krankenkasse.

Viele gesetzliche Krankenkassen bezuschussen ebenfalls osteopathische Leistungen.

Voraussetzung hierfür ist ein ärztliches Empfehlungsschreiben.

Bitte wenden Sie sich auch in diesem Falle an ihre zuständige Krankenkasse und erfragen Sie deren Konditionen.

Eventuell entstehende Differenzen zwischen der Kostenübernahme Ihrer Krankenversicherung und meinem fälligen Honorar sind von Ihnen selbst zu übernehmen.

Wünsche bezüglich der Rechnungsstellung können im Vorfeld, nicht jedoch danach, berücksichtigt werden.

Ich bitte Sie zu Ihrem Termin pünktlich zu erscheinen, da Verspätungen aus organisatorischen Gründen zu Lasten Ihrer Behandlungszeit angerechnet werden.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass versäumte bzw. nicht 24 Std. vor Behandlungsbeginn abgesagte Termine vollständig in Rechnung gestellt werden, sofern die entstandene Terminlücke nicht wieder neu belegt werden kann.

Selbstverständlich werde ich mich in einem solchen Falle um eine Neubelegung bemühen.

Eine fristgerechte Absage ist für Sie kostenfrei.

Die Vergütung meiner Leistung erfolgt vorzugsweise über Ec-Karten- oder Barzahlung im direkten Anschluss an die Behandlung.

Im Falle der Notwendigkeit einer Rücksprache mit dem behandelnden Arzt entbinde ich Frau Claudia Kabisch von der Schweigepflicht!

Hiermit erkenne ich die Geschäftsbedingungen an!

.....
Vor-und Nachname in Druckbuchstaben

.....
Datum, Unterschrift