

# Behandlungsvertrag

Für Privatversicherte und Selbstzahler

Patientenname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Patient/in

Hiermit erklären Sie sich mit den in der Praxis für Physiotherapie **Gloda** bestehenden Preisen einverstanden, unabhängig ob und in welcher Höhe Erstattungsansprüche gegenüber Beihilfestellen oder privaten Krankenversicherern bestehen.

1. \_\_\_\_\_ Leistung                      \_\_\_\_\_ Einzelpreis
2. \_\_\_\_\_ Leistung                      \_\_\_\_\_ Einzelpreis
3. \_\_\_\_\_ Leistung                      \_\_\_\_\_ Einzelpreis

Es wurden über das Bestellsystem in unserer Terminpraxis informiert:  
Bei unentschuldigtem Fehlen und/oder nicht rechtzeitiger Absage kann es von Seiten der Praxis zur Forderung einer Terminausfallgebühr (Schadenersatz) in Höhe eines durchschnittlichen Behandlungshonorars (**mindestens 25 Euro**) kommen, da einem anderen Patienten die Chance für eine Behandlung genommen wird und der Therapeut Leerlauf haben kann, wenn kein Ersatzpatient kommen kann.  
Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann die volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

Illertissen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_