

## Behandlungsvertrag

zwischen

Herrn/Frau (Name des Patienten) \_\_\_\_\_

und

Schöffner physio.therapie.mehr Frankfurt und/oder Hartmut Schöffner, Heilpraktiker & Physiotherapeut, Frankfurt und/oder Jana Schöffner, Heilpraktikerin & Physiotherapeutin B.sc., Osteopathin, Frankfurt

Hiermit wird festgelegt, dass die Therapie des o.g. Patienten gemäß Patientenrechtegesetz nach anerkanntem fachlichen Standard erfolgen wird.

Der Patient verpflichtet sich zur vollumfänglichen Zahlung der Vergütung für die erbrachten Leistungen.

Dies gilt unabhängig von der Höhe einer etwaigen Erstattung durch Dritte (zB gesetzliche Unfallversicherung).

Als Therapeuten verpflichten wir uns, Sie ausreichend mündlich aufzuklären/zu informieren.

Gemäß der vorgelegten ärztlichen Verordnung werden wir Sie im Bereich Physiotherapie über Art, Umfang, Durchführung und potenzielle Risiken aufklären, einen Ausblick auf den Verlauf geben und das, was Sie selbst als Patient zum Erfolg Ihrer Therapie beitragen können, mit Ihnen besprechen.

Für Ihre Behandlung durch Hartmut Schöffner oder Jana Schöffner als Heilpraktiker gilt außerdem, dass nach anerkanntem fachlichem und im Heilpraktikergesetz festgelegten Standard diagnostiziert und behandelt wird.

Informationen zu den Honoraren und unser Merkblatt *Vertragliche Situation* finden Sie unter

<https://www.schoeffner-physio.de/download>

Terminabsagen → Wir erheben bei Absage eines reservierten Termins bis 11.30 Uhr am Vortag keine Gebühr!

Absagen nach 11.30 Uhr am Vortag: Stornogebühr je nach gebuchter Behandlung und Zeit (25,00 EUR Physio/ 35,00 EUR Osteopathie oder HP).

Merkblatt *Vertragliche Situation* → ist Bestandteil dieses Vertrags.

Rechnungsversand → als E-Mail mit Passwortschutz. Ihr Passwort ist Ihr Geburtsdatum im Format TTMMJJ

Für Rechnungsversand per Briefpost erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von EUR 2,50

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in den Behandlungsvertrag ein. Eine Kopie für Ihre Unterlagen erhalten Sie mit unserer Unterschrift beim Termin oder als PDF Anhang per E-Mail

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_