

Behandlungsvereinbarung – Honorarvereinbarung

Zwischen:

hand über kopf
Marlen Richter
Untere Kellerstrasse 1a
91301 Forchheim
Fon: 015141 3877 38
info@handueberkopf.de

und

Patient:

Vor- und Nachname Geburtsdatum (tt.mm.jj)

Anschrift

Krankenkasse (PKV)

Die Vertragspartner vereinbaren aufgrund der

Diagnose

behandelnder Arzt/ Ausstellung der Verordnung

vom (Datum)

für die Durchführung therapeutischer Leistungen folgenden Vergütungssatz

Leistung in Euro	Einzelpreis
---------------------	-------------

Leistung in Euro	Einzelpreis
---------------------	-------------

Leistung in Euro	Einzelpreis
---------------------	-------------

Ich erkenne mit meiner Unterschrift die Leistungen, Preise und Behandlungszeiten der Praxis *hand über kopf* an.

Dies Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Gem. § 614 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Erstattungsstellen. Die Behandlungskosten sind bis spätestens 14 Tagen nach Rechnungsdatum fällig. Die Unterzeichnenden erhalten jeweils eine Ausfertigung dieser Vereinbarung.

Ort / Datum
Patient

Unterschrift

Stempel und Unterschrift Praxis