

# Vertragliche Vereinbarung

zwischen

und Frau/Herrn

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

Mobil

E-Mail

Krankenkasse

Hausarzt

Mit Ihrer Unterschrift schließen Sie einen rechtsgültigen Behandlungsvertrag auf Grundlage der aktuellen Preisliste unserer Praxis. Mit den Behandlungskosten sind Sie einverstanden, auch mit einer möglichen Abweichung von bis zu 25 %, die sich erst während der Behandlung ergeben kann.

Ihre Behandlungskosten betragen (Stand heute) ..... €.

Die Behandlungskosten sind von Ihnen bar zu begleichen (oder nach Vereinbarung). Darüber erhalten Sie eine Quittung/ Rechnung. **Bitte beachten:** Vereinbarte Termine, welche nicht mindestens 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt werden, müssen wir in Rechnung stellen.

Ohne Heilmittelverordnung (z. B. als Diabetiker) ist die gesetzliche Krankenkasse zu keiner Kostenübernahme verpflichtet. Bei privater Krankenversicherung sollten Sie die vertraglichen Bedingungen prüfen.

Bei nachträglicher Vorlage von kassenärztlichen Überweisungen kann dieser Behandlungsvertrag nur mit Zustimmung der Praxisinhaberin/des Praxisinhabers gewandelt werden.

Mit dieser vertraglichen Vereinbarung erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift oder gesetzlicher Vertreter/-in