



Hansa Therapie Konzept

Thadenstraße 118a, 22767 Hamburg
Tel.: 040- 87602892
Fax: 040-87602895
eMail: hansatherapiekonzept@googlemail.com

Sehr geehrte Frau / Herr _____

Sie können als Patientin/Patient in unserer Praxis auf Transparenz, Fairness und Service von Anfang an vertrauen. Deshalb haben wir nachfolgenden Behandlungsvertrag zusammengefasst.

Bitte wählen Sie die gemeinsam zu vereinbarenden Termine so, dass Sie die Zeiten auch wirklich einhalten können. Sollten Sie einmal absagen müssen, beachten Sie bitte folgendes:

- Dass Sie unsere Planung vereinfachen, je früher Sie uns über Ihre Absage informieren.
- Bis zu 24 Stunden vorher können Sie vereinbarte Behandlungstermine gebührenfrei absagen. Montagstermine müssen natürlich bereits am Freitag vorher storniert werden, in allen Fällen haben Sie die Beweislast für die pünktliche Absage. Für den Fall, dass ein Termin ohne Absage/nicht rechtzeitige Absage entfällt, stellen wir Ihnen privat eine Ausfallgebühr von **30 €** in Rechnung; dadurch kann die entfallene Behandlung später nachgeholt werden.
- Wir sichern Ihnen jedoch zu, die Terminlücke wenn möglich zu schließen, damit der vorgenannte Betrag nicht fällig wird. Ersparte Aufwendungen werden durch uns nicht berechnet. Wir sind jedoch nicht zum Nachweis verpflichtet, dass die Terminlücke nicht geschlossen werden konnte. Natürlich werden wir Sie so früh wie möglich informieren, falls einmal eine Behandlungsabsage durch uns erfolgen muss.

Für Ihre ärztliche Verordnungen vom: _____
Fallen folgende Kosten für Sie an:

Honorarvereinbarung Privat Krankenversicherte/Selbstzahler (ggf. separater Honorarvertrag):

Leistung _____	Preis: _____
Leistung: _____	Preis: _____
	Gesamt: _____

Der Rechnungsbetrag ist unabhängig durch die Erstattung Dritter sofort fällig und innerhalb 14 Tagen zu begleichen. Die Rechnungsstellung kann über externe Dienstleister / Abrechnungsstellen erfolgen.

Patienteninformation

Als Patient bin ich bereits ausreichend über meine Erkrankung und Behandlung durch meinen verordnenden Arzt (z.B. Hausarzt/Facharzt), vorhergehende Behandlungen, weitere Behandler / Informationsquellen informiert und verzichte auf nochmalige Information durch meinen Therapeuten.

Ich wünsche durch meinen Therapeuten Aufklärung über die Notwendigkeit, Eignung, Art, Durchführung, Erfolgsaussichten, zu erwartende Folgen, eventuelle Risiken und den Umfang der durchzuführenden Therapie sowie die zu und nach der Therapie meinerseits ergreifenden Maßnahmen (schriftliche Ausfertigung gegen Gebühr von 30€)

Diese Erklärung wird durch das im Jahr 2013 in Geltung getretene Patientenrechtengesetz notwendig.

Als Patient erkenne ich die vorstehenden Regelungen an und willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein:

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift