

HONORARVEREINBARUNG

ZWISCHEN

UND

Vor- u. Nachname

Anschrift - Str. / Hausnr. / PLZ / Ort

Telefonnr. / Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

(Bei Minderjährigen, deren Erziehungsberechtigte: Name, Anschrift, etc.
Geburtsdatum des Patienten)

GENKI VITAL GmbH
Professor-Oehler-Str. 7a
40589 Düsseldorf

(Name und Anschrift / Stempel der Physiotherapiepraxis)



WIRD FOLGENDE HONORARVEREINBARUNG GETROFFEN:

Der/die Praxisinhaber und der Patient setzen voraus, dass die festgelegten Termine **pünktlich eingehalten werden. Für versäumte Termine, die nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagt wurden, zahlt der Patient für jeden nicht rechtzeitig abgesagten Termin es sei denn, die Verzögerung der Absage ist unverschuldet** – den vereinbarten Behandlungspreis. Die Rechnungen der Praxis sind innerhalb von **14 Tagen** nach Rechnungserhalt fällig und ohne jeden Abzug zahlbar.
Zahlt der Patient nicht innerhalb dieser Frist, tritt ohne weitere Mahnung Verzug ein (vgl. § 286 Abs. 2 Nr. 1 BGB).

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er

- a) auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation durch seine Versicherung hingewiesen wurde,
- b) mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung einverstanden ist,
- c) ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

FÜR DIE ERBRINGUNG FOLGENDER LEISTUNG(EN):

	ANWENDUNG	BEHANDLUNGSDAUER	PREIS PRO BEHANDLUNG	Unsere gesamten Leistungen finden Sie im Internet unter genki-vital-physio.de  
1.				
2.				
3.				
4.				

UNTERSCHRIFT

Ort/Datum

Unterschrift Patient oder gesetzliche(r) Vertreter

EMPFANGSBESTÄTIGUNG DURCH DEN PATIENTEN:

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

	DATUM	BEHANDLUNG	UNTERSCHRIFT PATIENT		DATUM	BEHANDLUNG	UNTERSCHRIFT PATIENT
1.				6.			
2.				7.			
3.				8.			
4.				9.			
5.				10.			