

Liebe Patient_innen / liebe gesetzliche Vertreter_innen,
für unsere erfolgreiche Zusammenarbeit ist der Behandlungsvertrag wichtig.
Bitte lesen Sie ihn gründlich durch und geben Sie mir Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.
Vielen Dank!
Ihre Osteopathin Maria Wittig–Chronopoulos

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

zwischen Maria Wittig–Chronopoulos und

..... (Patient_in / gesetzl. Vertreter_in)

KOSTEN:

Eine Behandlung kostet 80 Euro (Kinder) / 110–130 Euro (Erwachsene)

TERMINBUCHUNG:

Terminverschiebungen stören den reibungslosen Ablauf. Sie erfolgen im Ausnahmefall und sind bis 24 Stunden vor dem Termin möglich. Danach ist der Termin auf Eigenleistung kostenpflichtig.

THERAPIE:

Frau Wittig arbeitet ganzheitlich. Das bedeutet, dass es aus therapeutischen Gründen wichtig sein kann neben physischen Beschwerden auch psychische Themen wahrzunehmen und anzusprechen. Für einen bleibenden Behandlungserfolg können mehrere Behandlungseinheiten nötig sein.

ABRECHNUNG:

Die Abrechnung erfolgt über die Verwendung von Gebührenziffern, die nicht den Inhalt der Behandlung wiedergeben können.

RECHNUNGEN:

Rechnungen werden innerhalb der Zahlungsfrist von 2 Wochen beglichen.
Für Zahlungserinnerungen wird eine Bearbeitungsgebühr von 5 Euro berechnet.

DATENVERARBEITUNG:

Die Praxis Wittig verpflichtet sich auf die Einhaltung der Datenschutzverordnung.
Mit der Aufnahme von Bildmaterial für Dokumentationszwecke bin ich einverstanden.

JA: ☐ NEIN: ☐

Ich, (Name),

habe die Behandlungsvereinbarung (Stand März 2023) gelesen
und erkläre mich damit einverstanden.

Datum: Unterschrift: