



THERAPIEPRAXIS

GABRIELE KÖNIG

THERAPIEPRAXIS GABRIELE KÖNIG | Hauptstraße 63 | 74821 Mosbach

Frau/Herr
Max Mustermann
Musterstr. 1
12007 Musterhausen

MOSBACH

Hauptstraße 63 | 74821 Mosbach
Telefon: 0 62 61 / 3 67 30
Fax: 0 62 61 / 61 94 95

NECKARZIMMERN

Stockbronner Hof 7 | 74865 Neckarzimmern
Telefon (ab 11:00 Uhr): 0 62 61 / 1 80 90 95

Behandlungsvertrag für Patienten

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Patient(in),

mit dem Erhalt des Behandlungsvertrages sind Sie in unsere Praxis aufgenommen und erhalten schnellstmöglich Ihre Termine. Mit der Vergabe des Ersttermins tritt dieser Behandlungsvertrag in Kraft.

Sie bekommen von Beginn an feste und gemeinsam vereinbarte Termine, somit vermeiden wir unnötige Wartezeiten. Kurzfristige Therapieausfälle und die damit entstandenen Lücken, lassen sich **nicht** durch andere Patienten ausgleichen.

Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, müssen wir Ihnen aus diesem Grund wie folgt in Rechnung stellen:

- ✓ - motorisch-funktionellen Behandlung mit €
- ✓ - sensomotorisch-perzeptive Behandlung mit €
- ✓ - psychisch-funktionellen Behandlung mit €
- ✓ - Hirnleistungstraining, neuropsych. mit €

Wir bitten Sie, wenn Sie durch Krankheit oder andere wichtige Gründe den Therapietermin nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns bitte rechtzeitig Bescheid und vereinbaren einen Folgetermin. Dies muss innerhalb der folgenden 14 Tage erfolgen. Nach Ablauf dieser Frist behalten wir uns das Recht vor, das Rezept abzubrechen und abzurechnen.

KONTINUIERLICHE BEHANDLUNG IST EIN MEILENSTEIN IHRES ERFOLGES!

Eine regelmäßige Behandlungsfrequenz ist deshalb unbedingt notwendig! Bei einem einmaligen Behandlungsintervall pro Woche verschiebt ein einziger Ausfall die Frequenz bereits auf zwei Wochen.

Eine Zehnervverordnung muss zur Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse innerhalb von **12 Wochen** abgearbeitet sein, die verbleibenden Einheiten verfallen.

Durch wiederholte Therapielücken wird der Behandlungserfolg gefährdet, deshalb nehmen Sie unbedingt angebotene **Ersatztermine wahr**.

Wir freuen uns auf eine gemeinsame Zusammenarbeit!

Datum, Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter od. Angehöriger