



## Patientenvereinbarung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift schließen Sie einen rechtsgültigen podologischen Behandlungsvertrag auf Grundlage der für unsere Praxis gültigen ausgehangenen Preisliste ab.

Sie sind damit einverstanden, dass die in dieser Preisliste ausgewiesenen Behandlungskosten als vereinbart gelten. Mit einer Abweichung der tatsächlich entstandenen Behandlungskosten auf Grund einer Änderung der Preisliste während der Behandlungsdauer erklären Sie sich einverstanden. Sofern diese mehr als 25% von der zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Vereinbarung gültigen Preisliste abweichen, ist diese Vereinbarung neu zu schließen.

Der Behandlungsbetrag ist von Ihnen jeweils in bar zu begleichen. Dafür erhalten Sie auf Wunsch eine Quittung.

Eine private Krankenversicherung kann zur Erstattung dieser Kosten verpflichtet sein, falls die podologische Behandlung vom Versicherungsvertrag umfasst ist und der Behandlung eine ärztliche Verordnung zu Grunde liegt. Eine Garantie dafür können wir jedoch nicht übernehmen. Bei unvollständiger Kostenübernahme seitens Ihrer privaten Versicherung ist der Restbetrag von Ihnen zu tragen.

Sollten Sie als gesetzlich Versicherter die podologische Behandlung ohne Heilmittelverordnung in Anspruch nehmen, kann eine Erstattung von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nicht verlangt werden.

Hinweis: Die Wandlung dieses Behandlungsvertrages kann im Nachhinein nur mit Zustimmung der o.g. podologischen Praxis erklärt werden. Dies gilt insbesondere für die nachträgliche Vorlage von kassenärztlichen Überweisungen.

Bei Nichteinhaltung eines Termins oder Absage später als 24 Stunden vorher, ist der vorgesehene Behandlungspreis zu zahlen. Dies gilt auch für Patienten mit ärztlicher Heilmittelverordnung. Der Behandlungsbetrag muss dann privat bezahlt werden.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden. 0

Ich wünsche die Behandlung als Privatpatient(in) / Selbstzahler(in). 0

Ich lege eine Heilmittelverordnung 13 zur Abrechnung bei meiner Krankenkasse vor. 0

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Patient/in