

BEHANDLUNGSVERTRAG



Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Grabengasse 6

88400 Biberach

Telefon: 07351 578888

E-Mail: info@gauss-medical.de

Internet: www.gauss-medical.de

Straße, Wohnort

Telefon

1. Der Vergütungssatz beträgt je Behandlungseinheit:

- Physiotherapie

Physiotherapeutische Diagnose/Erstbefundung (einmalig) € 26,40

Manuelle Therapie € 47,52.

Massage € 36,40

Wärmetherapie € 25,00

Krankengymnastik € 41,12

Elektrotherapie € 13,10

MLD 30 Min. € 46,88

MLD 45 Min. € 70,24

MLD 60 Min. € 93,60

- Heilpraktische Tätigkeiten

20 Minuten (Abrechnung nach dem GebüH) € 35

40 Minuten (Abrechnung nach dem GebüH) € 70

60 Minuten (Abrechnung nach dem GebüH) € 100

2. Zusatz Physiotherapie: Der Gesamtpreis für die Behandlung beträgt demnach € _____

3. Zusatz Heilpraktik: Die Therapie setzt sich zusammen aus Behandlung und Dokumentation und Verwaltungsarbeiten

4. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den Aushang „Informationen zum Datenschutz“ aufmerksam durchgelesen haben und mit den Inhalten einverstanden sind.

5. **Die Vergütung der Heilmittelbehandlung richtet sich nach den oben genannten Preisen.** Diese Vereinbarung ist **unabhängig** von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre **Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung.**

6. Vereinbarte Termine sind **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Unterbleibt dies, ist der Patient grundsätzlich verpflichtet, die vereinbarte Vergütung für die geplante Behandlung zu bezahlen.

Ich erkläre hiermit, dass ich umfassend und verständlich über die Risiken einer Dry Needling /Chiropraktischen Behandlung aufgeklärt wurde und stimme einer solchen Behandlung zu.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an.

Datum / Unterschrift Patient (ggfs. gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter)