



## Behandlungsvereinbarung

## für alle NetzwerkTermine

Für eine konkrete Terminbestätigung unterschreiben Sie bitte diese Behandlungsvereinbarung zu Kosten, Inhalt und Leistungen der Praxis und senden Sie ihn an mich zurück. Erst nach erfolgter Unterschrift Ihrerseits bekommen Sie eine VERBINDLICHE Terminzusage. Ein bereits reservierter Termin bleibt für 48 Stunden bis zur Unterschrift bestehen. Bei nicht getätigter Vereinbarung entfällt ein reservierter Termin nach 48 Stunden.

**Ihr Behandler:** Name: \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_

### Fragestellung des Behandlers:

Folgenden Termin wird obige Praxis vereinbaren  online  per mail  telefonisch

Bzw. er ist schon reserviert am: \_\_\_\_\_ - den \_\_\_\_\_ - um: \_\_\_\_\_ Uhr - Dauer: \_\_\_\_\_ Min.

### Buchung **NUR DURCH THERAPEUT:**

IV **IDS mit Therapeut, mit Pat. 50 Min, persönlich in meiner Praxis** für 138,11 €  
oder  IV **IDS mit Therapeut, mit Pat. 15-25 Min, elektronisch, alle online** für 53,63 €  
oder  IV **Konsil mit Therapeut, ohne Pat 15 -25 Min, elektronisch, online** für 53,63 €

Bitte die IV Checkliste herunterladen, ausfüllen und VOR dem Termin hochgeladen haben!

Obige Terminbuchungen erfolgen ausschließlich über den Therapeuten.

WICHTIG: Therapeuten / Trainer vereinbaren mit Ihnen deren Gebühren unabhängig von mir!

Dies ist eine **Behandlungsvereinbarung zwischen Ihnen und mir**: Ich bin mit der Behandlungsvereinbarung einverstanden. Zudem entbinde ich meinen Therapeuten von der Schweigepflicht:

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname geb.

\_\_\_\_\_  
Telefon, gern mobil eMail

Terminart- IV - Terminbuchung nur **DURCH Therapeuten, Rechnungsstellung an den Patienten** mit obigen Kosten.

Ja, ich möchte obigen Termin buchen, unabhängig von meiner Versicherungsart.

Name Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  privat  gesetzlich – ggf. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

- ✓ Die Kostenvoranschläge der jeweiligen Leistung, die ich buche, habe ich zur Kenntnis genommen, denn diese stehen auf der Homepage und sind von mir eingesehen worden. Ich bin mit einer Rechnungsstellung an mich einverstanden. Mir ist bewusst, dass ich – unabhängig einer eventuellen Kostenübernahme durch die Krankenversicherung – die anfallenden Gebühren in voller Höhe zu begleichen habe.
- ✓ Im Falle einer Verhinderung sage ich rechtzeitig 24 Stunden vorher ab. Ich bin damit einverstanden, dass bei Absagen < 24 Stunden oder unentschuldigtes Fernbleiben mir ggf. 20% der Rechnungssumme in Rechnung gestellt, wenn kein Ersatz gefunden wird.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Nach Unterschrift - folgende Aufgaben an den Therapeuten:

1. Terminart IV + s.o. im online System buchen (falls noch nicht erfolgt)
2. Auf Mail - Bestätigung der Terminanfrage warten (folgt im Verlauf).
3. Danach folgendes hochladen in Ihrem Praxis online Konto im „dashboard“ = Ihre persönliche Akte
  - a. **Behandlungsvereinbarung mit Schweigepflichtsentbindung**
  - b. **Checkliste**

Ich freue mich auf Sie!  
Dr. S. von der Heide

Vom Mitbehandler/Therapeuten auszufüllen

Von Ihnen auszufüllen