



## Behandlungsvereinbarung

## für alle Termine der Praxis

Für eine konkrete Terminbestätigung eines Erstkontaktes 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.

### Erstkontakt – Grund Ihres Kommens:

Eine Vorabprüfung durch meine Krankenversicherung lasse ich nicht durchführen. Ich bin mit der Behandlungsvereinbarung einverstanden. Hiermit bitte ich:

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

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

um einen Termin in der Praxis als Erstkontakt mit folgender Zeit:

25 Minuten Erstkontakt für 62,60 €

50 Minuten Erstkontakt für 125,03 €

Ersttermin Akupunktur 50 Minuten für 125,43 €

Den Termin werde ich vereinbaren  online  per mail  telefonisch

Bzw. er ist schon reserviert am: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ h

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 Rechnungstellung 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** bitte: In Ihrem online Konto im dashboard **hochladen** oder **mailen** an: [mail@prm-praxis.de](mailto:mail@prm-praxis.de). Nach Erhalt erfolgt die Terminbestätigung dann per Rückmail.

Ergebnis Ihrer Krankenversicherung bei Vorabprüfung zu Ihrer Information:

Eine Kostenübernahme für obige Leistung erfolgt:  nicht

zu den 1,0fachen Gebührensätzen  zu den 1,8 - 2,3fachen Regelsätzen  in voller Höhe

Ein Arztbericht wird von der KK erwünscht:  nein  ja\*

\*Wenn ja, wird dieser dem Patienten zugesendet, zur Weiterleitung an die Versicherung

Datum und \_\_\_\_\_

Bestätigung / Stempel der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Von Ihnen auszufüllen

Ggf von der Krankenkasse auszufüllen