

Dr. med. Stanley FRANK D.O. (DAAO)

Osteopath
Schwerpunkt: Kinderosteopathie

www.osteopathiehaus.de

Wiesenbachstr. 12
86199 Augsburg
Tel.: 0821- 90 89 359
Fax: 0821- 90 89 499

Behandlungsvertrag

Name und Vorname:.....Geb.-Datum:.....

Straße:.....PLZ + Ort :.....

Telefon privat:.....Telefon gesch.:

Handy: Fax:

E-Mail:
(für Terminerinnerung, Info's der Praxis z.B. Urlaub...) **Email-Adresse wird nicht weitergegeben!!**

NENNEN SIE UNS BITTE ALLE NUMMERN BZW. E-MAIL! DENKEN SIE DARAN, DASS ES WICHTIG IST, DASS WIR SIE ERREICHEN KÖNNEN, FALLS EIN TERMIN ABGESAGT WERDEN MUSS, DAMIT SIE NICHT UMSONST KOMMEN !!!

PRIVAT VERSICHERTE:

Versicherungsträger (z.B. Allianz): Vollprivat Beihilfe

GESETZLICH VERSICHERTE:

Kasse:

Es handelt sich in jedem Fall um eine privatärztliche Leistung, die **keine** Vertragsleistung der Krankenkasse ist.

Hiermit beantrage ich für mich die Untersuchung/Behandlung durch Herrn Dr. med. Frank bis auf Wiederruf.

Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) gemäß der Paragraphen §1 bis §12 bin ich einverstanden. (Ausgenommen §2 GOÄ).

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze §5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Nach §12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig. Wir gewähren Ihnen ein Zahlungsziel von 14 Tagen. Wir weisen nochmals darauf hin, dass unsere Forderungen unabhängig von Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe usw. sind.

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, werden in Rechnung gestellt.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient