

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

KINDER

Name u. Vorname Patient:.....Geb.-Datum:.....

Name u. Vorname Versicherter: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 MÖGLICHST ALLE NUMMERN BZW. EMAIL!! DENKEN SIE DARAN, DASS ES WICHTIG SEIN KANN, DASS WIR SIE ERREICHEN KÖNNEN, FALLS WIR Z.B. EINEN TERMIN WEGEN KRANKHEIT ABSAGEN MÜSSEN, DAMIT SIE NICHT UMSONST KOMMEN !!!

Kinderarzt/überweisender Arzt (Name, Ort):

PRIVAT VERSICHERTE:

Versicherungsträger (z.B. Allianz): Vollprivat Beihilfe

GESETZLICH VERSICHERTE:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung ?

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

Hiermit beantrage ich für meine/n oben genannten Angehörige/n 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.

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 (Eltern)