

## Behandlungsvertrag Physiotherapie

(bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigter bei minderjährigen Patienten:

\_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Vollständige Meldeadresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Vereinbarte Leistung:  Krankengymnastik 20 min á 41,70€

Manuelle Therapie / FDM 20 Min á 50,09€

Die Behandlung findet ausschließlich auf **Anweisung oder Empfehlung eines Arztes** mittels privatem Rezept statt.

Bei einer nicht fristgerechten Absage des Termins **binnen 24 Std. vor Terminbeginn** behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr von **25 Euro** in Rechnung zu stellen.

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine physiotherapeutische Behandlung bei **Körper Zeit** entscheiden haben. Eine Erläuterung der Preise finden sie auf unserer Webseite.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum/Ort:

Unterschrift/Unterschrift Bevollmächtigter:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_