

## ANMELDUNG

Patient/in

Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße & Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefonnummer

Zahlungspflichtiger/in bzw. Rechnungsempfänger/in (falls abweichend)

Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße & Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefonnummer
E-Mail	Krankenkasse

### Honorarvereinbarung

Für die Durchführung therapeutischer Leistungen rechnen wir, gemäß **GebüTh – Gebührenordnung für Therapeuten** – in Höhe des 1,6fachen Satzes der Krankenkassensätze der vdek ab. **Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn die Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist.**

### Terminabsage

Sollten Sie an einem vereinbarten Termin verhindert sein, geben Sie uns bitte rechtzeitig Bescheid. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Termine, die nicht mindestens 24 Stunden (Mo-Fr) vorher abgesagt wurden, privat in Rechnung gestellt werden müssen. Für Termine, die am Montag stattfinden, bitten wir Sie, bis spätestens Freitag um 18:00 Uhr abzusagen.

### Abrechnung

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie uns die Erlaubnis, Ihnen die Rechnung per E-Mail zuzusenden. Die Abrechnung erfolgt monatlich in Form einer Teilrechnung. Die Rechnung ist sofort nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Ort & Datum

Unterschrift Kunde | Zahlungspflichtiger