

## Behandlungsvertrag:

Bitte lesen Sie sich in Ruhe die Vertragsbedingungen durch und bringen Sie den Behandlungsvertrag unterschrieben zu ihrem nächsten Termin mit.

Ich, \_\_\_\_\_(Name, Vorname), \_\_\_\_\_(Geburtstag),  
\_\_\_\_\_ (Anschrift),

wurde darüber informiert, dass

- 1.) ich nach Erhalt meiner Rechnung zur Zahlung der Leistungen des Therapeuten: Frau Sonja Geschwandner, Heilpraktikerin, Praxis für Naturheilverfahren, Schlösslesweg 2/2, 71640 Ludwigsburg, in vollem Umfang verpflichtet bin, unabhängig davon, ob meine Krankenkasse die Kosten ganz, teilweise oder gar nicht übernimmt.
- 2.) ich den kompletten Betrag sofort in bar oder per Überweisung auf unten genanntes Konto innerhalb von 14 Tagen begleichen muss.
- 3.) ich mich verpflichte, einen Termin, den ich nicht einhalten kann – unabhängig vom Grund – dem Therapeuten (s.o.) mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per email abzusagen.
- 4.) mir ein versäumter Termin (der durch versäumtes oder zu spätes Entschuldigen nicht anderweitig vergeben werden konnte) anteilig in Rechnung gestellt werden kann.
- 5.) die Preise sich an der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) orientieren und abweichen können.
- 6.) sowohl ich als auch der Therapeut (s.o.) den Vertrag/die Behandlung jeder Zeit beenden kann.
- 7.) Der Therapeut (s.o.) zur Aufklärung des Patienten und zur Dokumentation verpflichtet ist, sowie der Schweigepflicht unterliegt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift Patient)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift Therapeut)

Sonja Geschwandner  
Heilpraktikerin  
Praxis für Naturheilverfahren  
Schlösslesweg 2/2  
71640 Ludwigsburg  
Tel.: 01577/534 60 24  
email: [naturheilkunde-geschwandner@gmx.de](mailto:naturheilkunde-geschwandner@gmx.de)  
Steuernummer: 71455/06384

Netbank AG Hamburg  
Konto: 94 14 614  
BLZ: 200 905 00