



Therapievereinbarung

Name:

Adresse:

Tel.Nr.:

E-Mail:

SVNR:

Krankenkasse:

Behandelnder Arzt:

Bei Minderjährigen oder Sachwalterschaft:

Name des/ der Erziehungsberechtigten od. Sachwalters/in:

Adresse:

Tel.Nr.:

Wenn Pat. mitversichert bei oben genannter Person dessen SVNR:

Die anfallenden Kosten sind **umgehend** nach Rechnungserhalt ohne Abzug zu begleichen.

Kostenaufstellung:

Die erste Einheit dauert aufgrund einer ausführlichen Befundaufnahme mind. 45min.

Physiotherapie 30min	50 €
Physiotherapie 45min	75 €
Physiotherapie 60min	100 €
Hausbesuch zusätzlich	30 € + km-Geld
CranioSacraTherapie 60min	75 €
Energiemedizinische Begleitung 90min	135 €
Befundbericht	25 €
Beratungsgespräch 30min	50 €

Nicht rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vor der Therapie) **abgesagte Termine werden privat in Rechnung gestellt.**

- Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen wurden von mir gelesen und zur Kenntnis genommen.
- Alle meine Fragen über Datenschutz sind zufriedenstellend beantwortet.
- Ich möchte einen Tag vor meinem Termin eine Erinnerungs-SMS bekommen.
- Ich möchte über SMS und E-Mail kommunizieren können.
- Ich möchte mich für den E-Mail-Newsletter anmelden
- Ich bin mit einem fachlichen Austausch über meinen Therapieverlauf und wichtige Gesundheitsdaten zwischen meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt und Michaela Zechner einverstanden. Telefonisch/per Mail/ per Post/ persönlich
- Durchstreichen, was nicht gewünscht ist

Ort/ Datum

Unterschrift