

THERAPIEZENTRUM REICHERTSHOFEN

Physiotherapie | Osteopathie | T-RENA | Med. Fitness

Andreas Voltz

Gotteshofener Straße 1a – 85084 Reichertshofen

☎ 08453 9011 – www.therapiezentrum-voltz.de



Behandlungsvertrag und Anmeldung bei Heilpraktiker Physiotherapie (sekt. HPPT)

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Straße/HsNr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____ Email: _____

Geschlecht: ☐ weiblich / ☐ männlich Familienstand: ☐ led. / ☐ verh. / ☐ gesch. / ☐ verw.

Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Patienten):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/HsNr.: _____ PLZ/Ort: _____

Krankenversicherung: ☐ PKV / ☐ mit Beihilfe / ☐ Zusatzversicherung / ☐ GKV / ☐ Sonstige _____

☐ Patient/in nimmt keine Krankenversicherung in Anspruch (Selbstzahler)

Hausarzt: _____ PLZ/Ort: _____

Sonstige bereits konsultierte Fachärzte / Heilpraktiker / Physiotherapeuten / Osteopathen / Chiropraktiker

Wegen folgenden Beschwerden wünsche ich eine **Behandlung** beim **sektoralen Heilpraktiker Physiotherapie**:

Derzeitige Medikamente (auch Selbstmedikation) _____

Aktuell in Behandlung bei: _____

wegen: _____

Verbindliche Vereinbarung zur Behandlung:

- Die vorstehenden Daten sind richtig!
- Mir ist bekannt, dass die **Kosten** für die **erste Sitzung** bei ca. **€ 160,-** (60 Min.) liegen (inkl. Dokumentation, sichten von Befunden, Auswertungen)!
- Weitere Sitzungen (50-60 Min.) werden mit ca. **€ 150,-** berechnet (je nach Umfang und Aufwand)!
- Für kürzere Sitzungen gelten die Preise entsprechend gekürzt (ca. € 100,- für **40 Min.** und ca. **€ 50,-** für **20 Min.**)
- Der Anfertigung und Anwendung von evtl. notwendigen Fotoaufnahmen zur Dokumentation stimme ich zu!
- Diese **Selbstzahlerleistung** wird mir **persönlich in Rechnung** gestellt. Eine Kostenübernahme durch Versicherung sollte ich im Vorfeld klären.

Reichertshofen, den _____

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Name sekt. Heilpraktiker HPPT

NAME / Unterschrift des HPPT