

# THERAPIEZENTRUM REICHERTHOFEN

Physiotherapie | Osteopathie | T-RENA | Med. Fitness

Andreas Voltz

Gotteshofener Straße 1a – 85084 Reichertshofen

08453 9011 – [www.therapiezentrum-voltz.de](http://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 \_\_\_\_\_

Name sekt. Heilpraktiker HPPT

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

NAME / Unterschrift des HPPT