



## Behandlungsvertrag

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsort/Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorerkrankung:

Notiz:

Vereinbarung:

Ich bestätige, dass die obengenannten Angaben von mir geprüft und richtig sind. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Honorarkosten nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) abgerechnet werden und ich diese Kosten als Selbstzahler tragen muss. Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen die **nicht 24 Std. vorher abgesagt wurden**, schuldet der Patient der Praxis für Psychotherapie ein Ausfallhonorar von 50 % in Höhe des vereinbarten Honorars. Der Ausfallbetrag ist sofort fällig.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten