

# Behandlungsvereinbarung

zwischen der Impuls Reha- u. Gesundheitszentrum GmbH | Winterhäuser Str. 95 | 97084 Würzburg und

Name:	_____	Vorname	_____
Straße:	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
E-Mail:	_____	Geboren am:	_____
Kostenträger:	_____	Hausarzt:	_____

## Versicherungsstatus

Sind Sie Beihilfeberechtigt?  ja  nein

## Behandlungskosten

Die Kosten für die Behandlung entnehmen Sie bitte unserer aktuellen Gebührenübersicht. Diese erhalten Sie am Empfang. Die in der Gebührenübersicht enthaltenen Honorarsätze gelten als vereinbart und sind durch Sie zu begleichen, unabhängig davon, ob Ihre Versicherung diese ganz, teilweise oder nicht erstattet.

## Terminvereinbarung

Sollten Sie bei einem vereinbarten Termin verhindert sein, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher), damit wir die für Sie reservierte Zeit anderweitig vergeben können. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) absagen, müssen wir Ihnen den Vergütungssatz der Behandlung privat in Rechnung stellen.

Vor jeder Behandlung ist eine Unterschrift auf der Verordnung zu leisten. Bitte planen Sie einen entsprechenden Zeitpuffer ein, da es zu Wartezeiten an der Anmeldung kommen kann.

Ein von uns zur Verfügung gestelltes Handtuch (für Ihre Behandlung) müssen wir berechnen. Die Kosten können der aktuellen Gebührenübersicht entnommen werden.

## Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde die impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH sowie alle dort beschäftigten Personen anlässlich meiner Behandlung von der Schweigepflicht. Ich erkläre, dass ich damit einverstanden bin, dass über die vorstehende Behandlung uneingeschränkt Auskunft erteilt wird. Diese Entbindungserklärung gilt ausschließlich für Erklärungen gegenüber meinen anderen Behandlern, meinem Hausarzt bzw. behandelten Facharzt und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

ich stimme zu  ich widerspreche

**Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende medizinische Behandlungsmaßnahme bis auf Widerruf ausdrücklich ein. Ein Exemplar dieser Behandlungsvereinbarung sowie der Gebührenübersicht habe ich erhalten.**

\_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift