

# Behandlungsvertrag

zwischen

.....  
Name, Vorname

.....  
Strasse, Postleitzahl und Stadt

..... Festnetznummer ..... Handynummer

.....  
Email

und Claudia Borrmann  
Physiotherapeutin, Heilpraktikerin (beschränkt auf den Bereich der Physiotherapie)  
Altenwall 4-5, 28195 Bremen, Telefon 0421/5977713

Als Privatpatient/Selbstzahler wünsche ich folgende Anwendung:

.....

## Risiken:

Physiotherapie und Feldenkrais-Behandlungen beinhalten ein mehr oder minder großes Risiko von Nebenwirkungen. Unter Beachtung der krankheitsabhängigen Gegenanzeigen (Kontraindikationen) und Vorsichtsmaßnahmen sind bei fachgerechter Anwendung die Risiken als überaus gering einzuschätzen.

Ich bestätige, über folgende etwaige Risiken und Nebenwirkungen der Therapie aufgeklärt worden zu sein: • Zeitweise Verstärkung der Beschwerden, Rückführung in den Akutzustand (normal) • Hautirritationen und leichte Hämatome • Übelkeit, Schwindel, Kreislaufirritationen • Schmerzen • Frakturen • Einblutung in Gelenke oder Muskeln • Alle weiteren Risiken, die eine körperliche Beanspruchung mit sich bringen kann, wie z.B. Müdigkeit und Erschöpfung.

## Preise:

Ich erkläre mich mit den Preisen für Selbstzahler (Preistabelle ausliegend) einverstanden.

## Fälligkeit und Absagemodalitäten:

Ich verpflichte mich, dass berechnete Honorar nach Rechnungsstellung in voller Höhe zu entrichten, auch wenn meine Krankenversicherung / Beihilfestelle das Honorar nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt.

Mir ist bekannt, dass die Rechnung nach 14 Tagen zur Zahlung fällig ist.

Mir ist ferner bekannt, dass Termine spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen und dass danach ein Ausfallhonorar berechnet wird.

**Datenschutz:**

Ihre personenbezogenen Daten werden verarbeitet. Informationen über Umfang und Zweck der Datenverarbeitung, über Ihre Rechte sowie weitere Hinweise zum Datenschutz sind unter <http://www.claudia-borrmann.de> abrufbar. Auf Wunsch wird Ihnen gern auch ein Ausdruck ausgehändigt oder zugesendet.

**Newsletter:**

Für aktuelle Informationen über Feldenkrais-Kurse, Themenworkshops oder kostenlose Audiodateien, melde ich mich hiermit für den Newsletter der Praxis Claudia Borrmann an.

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Bremen, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Patient

---

Claudia Borrmann

Eine Kopie dieses Vertrages ist erwünscht

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_