

Behandlungsvertrag

Behandlungsvertrag zwischen

Vorname:	Nachname:	Geburtstag:
Straße / Nr.	PLZ / Wohnort	ggf. c/o Adresszusatz
E-mail	Telefon	Handynummer

und *Core Impuls - Robert Arndt, Landsberger Str. 155, Haus 2, 80687 München*

Termine:

Sollten Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie diese mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per E-Mail abzusagen; andernfalls müssen wir Ihnen diesen Termin privat in Rechnung stellen.

Zahlung:

Gem. § 614 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Erstattungsstellen.
Im übrigen gelten die auf www.coreimpuls.de einsehbaren Geschäftsbedingungen.

Sonstiges:

Unterschrift Robert Arndt / Praxistempel

*Mit den aufgeführten Vereinbarungen erkläre ich mich einverstanden und akzeptiere die **Preisliste 04/2020**. Unabhängig davon, ob meine Versicherung diese ganz, nur teilweise oder nicht erstattet.*

*Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden und akzeptiere, dass ich die Vereinbarung, **allg./erw. Datenschutz** gelesen, verstanden und willige diese ein. Änderungen sind vorbehalten.*

Ort _____

Datum _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Robert Arndt / Praxistempel

Seite 1/2

