

Behandlungsvertrag Physiotherapie

(bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Vorname: _____

Nachname: _____

Bevollmächtigter bei minderjährigen Patienten:

Geb. Datum: _____

Vollständige Meldeadresse:

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vereinbarte Leistung: _____

Die Behandlung findet ausschließlich auf **Anweisung oder Empfehlung eines Arztes** mittels privatem Rezept statt.

Bei einer nicht fristgerechten Absage des Termins **binnen 24 Std. vor Terminbeginn** behalte ich mir vor eine Ausfallgebühr von **25 Euro** in Rechnung zu stellen.

Ich freue mich, dass Sie sich für eine physiotherapeutische Behandlung bei **Körper Zeit** entscheiden haben.

Datum/Ort:

Unterschrift/Unterschrift Bevollmächtigter:
