

# Honorarvereinbarung

zwischen

und

Frau/Herr

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Geburtsdatum des Patienten; bei Minderjährigen deren Erziehungsberechtigte)

(Name und Anschrift / Stempel der Physiotherapiepraxis)

wird folgende Honorarvereinbarung getroffen:

Für die Erbringung der Leistung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandlungsdauer \_\_\_\_\_

Der/die Praxisinhaber und der Patient setzen voraus, dass die festgelegten Termine pünktlich eingehalten werden. Für versäumte Termine, die nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagt werden, zahlt der Patient für jeden nicht rechtzeitig abgesagten Termin – es sei denn, die Verzögerung der Absage ist unverschuldet – den vereinbarten Behandlungspreis.

Die Rechnungen der Praxis sind innerhalb von \_\_\_\_\_ Tagen nach Rechnungserhalt fällig und ohne jeden Abzug zahlbar. Zahlt der Patient nicht innerhalb dieser Frist, tritt ohne weitere Mahnung Verzug ein (vgl. § 286 Abs. 2 Nr. 1 BGB).

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er  
a) auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation durch seine Versicherung hingewiesen wurde,  
b) ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

Datum \_\_\_\_\_

Praxis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patient oder gesetzliche(r) Vertreter

wird eine Vergütung in Höhe von \_\_\_\_\_  
je Behandlungseinheit vereinbart. \_\_\_\_\_ EUR

**Empfangsbestätigung durch den Patienten** Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift Patient
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		