_____ _____ _____
Name Vorname Geburtsdatum

_____ _____
Adresse (Straße und PLZ Ort) Tel.Nr.: berufl./mobil/ privat

_____Email Adresse _____überw. Arzt

Liebe Patientin,
lieber Patient,

Vielen Dank für Ihre Anfrage zur **Videosprechstunde/ Tele-Physiotherapie**.

Die Sitzung beträgt 30 oder 60 Minuten.
Bitte beachten Sie, dass dies Angebot eine **sinnvolle Ergänzung** zur allgemeinen Beratung, zur Anleitung oder Überprüfung von Übungen und zur Anamneseerhebung ist.
Es erfolgt **keine therapeutische Diagnose** und ersetzt nicht die Konsultation eines Arztes im Bedarfsfall.
Die vereinbarten Uhrzeiten für einen Termin sind bitte einzuhalten.
Eine Absage ist bis 24 Stunden vorher möglich. Kurzfristige Absagen können mit einer Ausfall-Entschädigung von 10 € in Rechnung gestellt werde.
Bitte teilen Sie auch kurzfristigere Absagen mit, damit ich versuchen kann, den Termin anderweitig zu vergeben.
Senden Sie mir diesen Vertrag bitte ausgefüllt und unterschrieben vor dem vereinbarten Termin per Email oder Post zurück.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.
Ihre Annette Böhm

<u>Behandlungssätze für Videosprechstunde/Tele-Physiotherapie:</u>

Videosprechstunde/Tele-Physiotherapie 30 Minuten = 30 €/ 60 Minuten = 60 €

_____
Datum/Unterschrift des Patienten