



Heilpraktikerin & Physiotherapeutin Mareike Kachel

Honorarvereinbarung für Privatpatient:in und Selbstzahler:in

zwischen

Privatpraxis für Physiotherapie Mareike Kachel, Starweg 78, 22926 Ahrensburg

und

Patient:in:

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Die Vertragspartner vereinbaren für die Erbringung physiotherapeutischer Leistungen folgende Honorarsätze auf Grundlage des 1,3-1,5fachen Satzes des derzeit gültigen Regelsatzes der GKV

Physiotherapeutische Erstbefundung (Berechnung im Rahmen der 1. Verordnung oder einer neuen Diagnose, bei chron.Krankheitsbildern alle 12 Wochen)	10 Minuten	22 €
Physiotherapie/Krankengymnastik	25 Minuten	39 €
Manuelle Lymphdrainage	30 / 45 / 60 Minuten	47 € / 71€ / 94 €
Kompressionsbandagierung einer Extremität		30 €
Wärmetherapie	10 Minuten	19 €
Heiße Rolle	10 Minuten	16 €
Kältetherapie	5 - 10 Minuten	14€
Hausbesuch zusätzl. zur Therapieleistung inkl. Wegegeld/Einsatzpauschale	5 - 10 Minuten	28 €

Diese Honorarsätze gelten als vereinbart und sind durch den/die Patient:in, bzw. gesetzlichen Vertreter:in zu begleichen.

- Die Vertragsparteien verpflichten sich, vereinbarte Termine einzuhalten.
- Diese Preisliste ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch eine Private Krankenversicherung, den Beihilfeträger oder andere Kostenträger nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist.
Bitte erkundigen Sie sich im Zweifelsfall vor Beginn der Behandlung bei Ihrem Versicherungsträger, in welcher Höhe Physiotherapie erstattet wird und planen Sie entsprechend Ihren Eigenanteil ein.
- Der Rechnungsbetrag wird 14 Tage nach Zugang der Rechnung fällig.
Dieser Zahlungszeitpunkt kann vom Erstattungszeitpunkt der Versicherung abweichen.
- Die Absagefrist für einen vereinbarten Termin beträgt 24 Stunden wochentags und 48 Stunden am Wochenende.
Danach wird der Termin in Rechnung gestellt, sofern er nicht anderweitig neu vergeben werden konnte.

Ahrensburg, den _____

Unterschrift Patient/in

Therapeut / Stempel

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Sicherstellung und Verbesserung des Therapieerfolges entbinde ich die Therapeutin Mareike Kachel dem behandelnden Arzt gegenüber von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ahrensburg, den _____

Unterschrift Patient/in

Therapeut / Stempel