

**Honorarvereinbarung
für Privatpatient/innen und Selbstzahler/innen nach GebüTh /GebüH**



zwischen

PT³ Physiotherapie Ingo Schütter (*Heilpraktiker sektoral für Physiotherapie*), Kanalstr. 38, 22085 Hamburg

und

Patient:in: _____
Name, Adresse, Geburtsdatum

Die Vertragspartner vereinbaren für die Erbringung physiotherapeutischer und physiotherapeutisch-heilpraktischer Leistungen folgende Honorarsätze:

Physiotherapie / Krankengymnastik	20 / 30 Minuten	32 / 47 Euro
Manuelle Therapie	20 / 30 Minuten	41 / 59 Euro
KG-Geräte	60 Minuten Einzeltraining	85 Euro
Klassische Massagetherapie	20 / 30 Minuten	24 / 36 Euro
Manuelle Lymphdrainage (Ödemtherapie)	30 / 45 / 60 Minuten	42 / 63 / 84 Euro
Wärmetherapie	10 Minuten	12 Euro
Kältetherapie	10 Minuten	12 Euro
Elektrotherapie	15 Minuten	15 Euro
MediTaping / Kinesiotaping	Klein / Groß	12 / 19 Euro
Heilpraktikerbehandlung	30 / 60 Minuten	60 / 120 Euro
Andere, und zwar		

Diese Honorarsätze gelten als vereinbart und sind durch die Patienten/Versicherten zu begleichen.

- Die Vertragsparteien verpflichten sich, die vereinbarten Termine einzuhalten.
- Diese Vereinbarung 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.
Unsere Preise orientieren sich am 1,3-fachen Kassensatz.
- Der Rechnungsbetrag wird 7 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 an einen anderweitig neu vergeben werden konnte.
- Die Unterzeichnenden haben je eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten.

Hamburg, den _____

Unterschrift Patient/in

Therapeut / Stempel

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Sicherstellung und Verbesserung des Therapieerfolges entbinde ich das Team der PT³ Physiotherapie Ingo Schütter untereinander und 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.

Hamburg, den _____

Unterschrift Patient/in

Therapeut / Stempel