



Geistheilerin - Engelmedium
Osteopathische Pferdetherapeutin
Sandra Esch



Am Hofgarten 6
53809 Ruppichteroth-Hatterscheid
+ 49 (0) 2247/ 9029249
heilsampraxis@gmx.de
www.heilsam-praxis-esch.de

Behandlungsvertrag

Name/Vorname (nachfolgend Patient/in benannt)

.....
geb. am wohnhaft in (Straße, Nr.)

.....
PLZ/Ort Tel. Privat Tel. Beruf

.....
und der

Praxis für Geistheilung Heilsam, Inh. Sandra Esch, Am Hofgarten 6 in 53809 Ruppichteroth, wird nachfolgender Behandlungsvertrag abgeschlossen:

§ 1 Vertragsgegenstand

Der/die Patient/in nimmt in dieser Praxis eine Behandlung in Anspruch (in Form einer Einzel- oder Gruppentherapie). Der/die Patient/in ist darüber aufgeklärt, dass die Geistheilung keine körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt ersetzt und dass er/sie bei Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert ist, sich in die Behandlung eines Arztes zu begeben.

§ 2 Honorar, Behandlungsdauer,

Der/die Patient/in bezahlt an die Praxis monatlich die anfallende Honorarrechnung in Höhe von € pro Einheit (Einheit/ Monat)zum..... Bei Monatsheilungen ist die Mindestlaufzeit 3 Monate. Als Privatpatient/in ist er/sie darüber informiert, dass in dieser Praxis generell keine Zulassung zu gesetzlichen Krankenkassen und Beihilfestellen besteht. Bei den Monatlichen Fernheilungen besteht kein Anspruch auf persönliche Mitteilung des Therapeuten .Der Klient ist informiert, wenn er persönliche Gespräche während einer Fernheilung möchte, diese separat in Rechnung gestellt werden und eines Termin bedarf. Eine Nichterstattung oder nur Teilerstattung von einem Kostenträger (Privatkrankenkassen) hat keinen Einfluss auf die vereinbarte Kostenforderung der Praxis für Geistheilung.

§ 3 Kündigung

Der abgeschlossene Behandlungsvertrag kann nach 3 Monaten jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, mit einer Frist von 2 Wochen gekündigt werden. Ansonsten endet dieser Vertrag bei Mitteilung, dass weitere Behandlungen nicht mehr notwendig sind wie vorab auch besprochen.

§ 4 Ausfallhonorar

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen, schuldet der/die Patient/in der Praxis ein Ausfallhonorar nach folgender Tabelle: Bei Absage bei 1 AT 80 %, am Behandlungstag 100 % des vereinbarten Honorars.

Ausfallhonorare sind sofort ohne Frist zahlbar.

§ 5 Diverses

Die Praxis für Geistheilung unterliegt der Schweigepflicht und muss für den Fall der Auskunftserteilung an Kostenträger oder familiäre Bezugspersonen von dieser Schweigepflicht schriftlich durch den/die Patient/in entbunden werden.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Patient/in

.....
Unterschrift Therapeut

Inh.:
Sandra Esch

Bankverbindung:
VR-Bank Rhein Sieg eg.

BIC: GENODED1RST
IBAN: DE55 3706 95205303 0300 10

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zahlungsempfänger

Heilsam-Praxis-Esch
Am Hofgarten 6
53809 Ruppichterath
Heilsampraxis@gmx.de

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

--

Mandatsreferenz

Fernheilung/Monatsheilung
280,00Euro

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) Praxis Heilsam, Sandra Esch, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	Sandra Esch, Praxis Heilsam
------------------------------	-----------------------------

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D E
-------	-----

BIC 1:	
--------	--

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------