

## Stammblatt / Behandlungsvertrag

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anwesenheit Praxishund Vasco:      ok                       lieber nicht

Sie nehmen in der Praxis Lebenswege bei Cornelia Höveling (HPG) eine Therapie in Anspruch. Eine Therapieeinheit geht über **60 min** und findet zum Preis von **84,00 Euro** statt. Die Bezahlung kann bar, mit EC-Karte oder Überweisung erfolgen. Ein Termin, der nicht wahrgenommen werden kann, sollte 24 Stunden vorher abgesagt werden. Ansonsten muss die Therapieeinheit evtl. in Rechnung gestellt werden.

Ihre Daten werden **nicht** an Dritte weitergeleitet. Sollte dies erforderlich werden, bitte ich Sie um eine Schweigepflichtsentbindung. Ihre E-Mail-Adresse wird nur im Rahmen von persönlichen Anliegen (z.B. Terminabsprachen) genutzt.

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie die oben genannten Zahlungs- und Vertragsbedingungen.

Neustadt, der \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_