



Herzlich Willkommen bei fit.as.well

Name: _____ Vorname: _____
Krankenkasse: _____ Geb.datum: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Telefonnummer: _____ Handy-Nr.: _____
E-Mail Adresse: _____ Befreiungsausweis: Ja Nein
(Bitte beim ersten Termin vorzeigen)

Bitte beachten sie folgende Informationen:

Da wir eine reine Bestellpraxis sind und den Termin nur für Sie und ohne Wartezeiten (wie z.B. in Arztpraxen üblich) vergeben, müssen laut Gesetzgeber nicht wahrgenommene oder nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine, privat in Rechnung gestellt werden.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Das „Unterschreiben lassen“ von nicht wahrgenommenen Terminen ist gesetzeswidrig und darf, deshalb nicht angeboten werden.

Hiermit erklären sie sich mit der Berechnung der Ausfallgebühren einverstanden.

Im Rahmen der Behandlung müssen wir die gesetzliche Zuzahlung (Rezeptgebühr) in Höhen von 10€ zuzüglich 10% des Rezeptwertes im Namen der Krankenkasse einnehmen. Bitte begleichen Sie die Gebühr bei ihrem nächsten Termin. Sie können ausschließlich per EC- Karte oder auf Rechnung bezahlen. Falls die Behandlung aus ärztlicher Sicht oder sonstigen Gründen abgebrochen werden muss, erhalten Sie anteilig die zu viel bezahlte Rezeptgebühr von uns zurück.

Das Zahlungsziel beträgt 14 Tage nach Rechnungsstellung.

Wir rechnen mit den Kassen über das Abrechnungszentrum Optica ab.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____