Vereinbarung

zwischen

PainStop-Solutions
Vivien-Kathy Schade und Peter Missullis GbR
Am Sportplatz 18, 21465 Reinbek

und

dem Patienten / der Patientin

Name_____

Vorname _____

Adresse_____

PLZ/ Wohnort _____

Tel.: _____Email: _____

über die Behandlung mit Osteopressur und Schmerztherapie.

Der Patient / die Patientin wurde über die Behandlung zur Schmerzreduktion, er/sie ist auf eventuell durch die Behandlung entstehende mögliche Folgeerscheinungen wie Erstverschlimmerung, Bildung von Druckstellen, blaue Flecken hingewiesen worden. Es bestehen keine weiteren bekannten Risiken. Der Patient/die Patientin wurde auch darauf hingewiesen, dass es sich bei der Behandlung nicht um eine Heilkundeleistung handelt, insbesondere keine, die einen Arztbesuch ersetzen kann oder soll.

Die Behandlung ist keine Kassenleistung und als Selbstzahlerleistung zu erbringen. Die Behandlungskosten können aus der Homepage entnommen werden.

Der Patient / die Patientin wird darauf hingewiesen, dass es für den Behandlungserfolg und zur Gesunderhaltung erforderlich ist, dass er / sie die in den Behandlungsterminen dafür praktizierten Übungen eigenständig, regelmäßig und dauerhaft auch im Alltag durchführt.

In der Regel, werden 4 Behandlungstermine fest vereinbart und vom Behandler für die Patientin/den Patienten bereitgehalten. Termine sind im Verhinderungsfall spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Kurzfristiger abgesagte oder nicht eingehaltene Termine müssen wir zu 50% in Rechnung stellen.

Die Patientin/ der Patient ist mit diesen Bedingungen in vollem Umfang einverstanden.

| --- | --- | --- |
| Ort/ Datum | Unterschrift
Coach | Unterschrift
Patientin/ Patient |