



Behandlungsvertrag und Anmeldung zum Rückbildungskurs der Hebammenpraxis Chiemgau

und

Rückbildung 7 x 90 Min.

Anmeldung und Teilnahmebedingungen

Die Gebühren für durchgeführte Kursstunden werden bei gesetzlich versicherten Frauen von der Hebamme direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Privatversicherte erhalten eine Rechnung, die bei der privaten Krankenkasse eingereicht werden kann.

Da die Kursstunden bei einem geschlossenen Kurs aufeinander aufbauen, ist es nicht möglich, die Teilnehmerin während des laufenden Kurses durch eine andere zu ersetzen.

Die Gebühren für versäumte Kursstunden werden von der Krankenkasse nicht übernommen und sind daher von der Kursteilnehmerin selbst zu tragen. Von der Kautions über 84,- €, die spätestens zwei Wochen vor Kursbeginn fällig ist, werden daher pro nicht teilgenommener Kursstunde 12,- € für das Versäumnis einbehalten. Am Kursende wird die entsprechende Kautions zurückerstattet. Dabei ist es unerheblich, aus welchem Grund die Teilnahme nicht erfolgte. Versäumte Stunden können nicht nachgeholt werden. Die Hebamme ist berechtigt, einzelne Kursstunden kurzfristig zu verlegen. Eine vorzeitige ordentliche Kündigung vor Kursende ist nicht möglich. Bei Ausfüllen und Unterschreiben dieses Formulars sind sie verbindlich am Rückbildungskurs in unserer Praxis angemeldet.

Die Anmeldegebühr beträgt 15,- €.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z.B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Vertragsschluss und auch nicht vor Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß Art. 246 § 1 Abs. 1 und 2 EGBGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Hebammenpraxis Chiemgau

Eichelreuth 4, 83224 Grassau

oder per E-Mail an: maria@hebammenpraxis-chiemgau.de



Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon für Rückfragen _____

Krankenkasse + Kassenummer _____

Versichertennummer _____

Beruf _____

Name des Kindes _____

Geburtsdatum des Kindes _____

Besonderheiten/Beschwerden seit der Geburt _____

Ort, Datum

Unterschrift



Hebammenpraxis
Chiemgau

Kontodaten für die Rücküberweisung der Kaution

Name (falls abweichend) _____

IBAN: _____

BIC: _____

