

Behandlungsvereinbarung für Fußpflege

gemäß § 615 BGB: Vergütung bei Annahmeverzug



Fußengel – Inh. Marc Büttner
Die professionelle Fußpflege in Leer

Hohe Loga 23 • 26789 Leer
Fon Geschäft : 0176 400 94 723
Fon Inhaber : 0152 077 65 180
www.fussengel-leer.de

- **Behandler (Praxisname, Adresse):** Fußengel – Inh. Marc Büttner
Hohe Loga 23
26789 Leer
- **Patient (Name, Adresse):** Name: _____
(**leserlich in Druckbuchstaben!**)
Adresse: _____
PLZ / Ort: _____
Tel.Nummer: _____

1. Leistungsumfang und Vergütung

- a. Der Behandler verpflichtet sich zur Durchführung der kosmetischen oder medizinischen Fußpflege gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen und fachlichen Standards.
- b. Die Vergütung für die bestellten Leistungen entnehmen Sie der ausgehängten Preisliste oder dem Online-Preiskatalog unter www.fussengel-leer.de/preiskatalog

2. Terminabsagen

Wenn Termine nicht wahrgenommen werden können, sind Termine **bis 24 Stunden vorher abzusagen**. Somit stellt der Behandler sicher, dass für andere Patienten, die dringend auf eine Behandlung warten, keine Nachteile entstehen.

3. Wiederholte Terminabsagen und -verschiebungen

Im Falle übermäßiger Terminabsagen und/oder Terminverschiebungen behält sich der Behandler vor, keine weiteren Termine zu vergeben. Somit stellt der Behandler sicher, dass für andere Patienten, die dringend auf eine Behandlung warten, keine Nachteile entstehen.

4. Ausfallhonorar:

- a. Bei kurzfristiger Absage (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) oder Nichterscheinen des Patienten behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar **in Höhe von 50 %** der bestellten Leistung, mindestens jedoch **20 Euro**, zu berechnen.
- b. Das Ausfallhonorar ist innerhalb von 14 Tagen nach dem ursprünglich vereinbarten Termin zu begleichen. Wir geben Ihnen die Möglichkeit, den Betrag auf das in der Fußzeile angegebene Konto zu überweisen.
- c. Nach Ablauf der Frist werden wir Ihnen eine Rechnung / Zahlungserinnerung an Ihre oben angegebene Adresse senden.

Um unseren Service und Praxisablauf optimal auf die Bedürfnisse unserer Kunden abstimmen zu können, möchten wir Sie bitten, diese Behandlungsvereinbarung mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen:

- Den Inhalt der Behandlungsvereinbarung habe ich verstanden und bin damit einverstanden, dass ich bei einer nicht fristgerechten Terminabsage oder unentschuldigtem Nichterscheinen ein Ausfallhonorar in der angegebenen Höhe in Rechnung gestellt bekomme.**

Leer, _____
Datum

Unterschrift

Überweisen per Code
Ganz bequem Code mit der
Banking-App scannen.



Bank: N26
Marc Oliver Büttner
IBAN: DE05 1001 1001 2021 5726 50
Verwendungszweck: Ihren vollständigen Namen