

Hebammenpraxis  
Anja Steinadler  
Am Schroteanger 106  
39110 Magdeburg

### Behandlungsvertrag für Geburtsvorbereitung per Videotelefonie in Echtzeit

Kursname: GV16/2021

zwischen Hebammenpraxis Anja Steinadler und

Frau \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in (Str./Nr./PLZ/Ort): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin: \_\_\_\_\_ Partner dabei Ja  Nein

#### Gegenstand des Vertrages

Im Geburtsvorbereitungskurs werden sie über viele Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternsein umfassend informiert.

Ort	per Videotelefonie
Uhrzeit	Mittwoch und Donnerstag 17:30 Uhr – 19:00 Uhr
Dauer	2 x 90 min
Zeitraum	11.08.2021 – 12.08.2021

#### Teilnahmebedingungen

Die Gebühren für durchgeführte Kursstunden werden bei gesetzlich versicherten Frauen von der Hebammenpraxis direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Privatpatienten zahlen die Gebühren für den gesamten Kurs selbst. Die Hebammenpraxis behält Ihren Gebührenanspruch unabhängig von der Erstattung durch die Private Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle. Da die Kursstunden bei einem geschlossenen Kurs aufeinander aufbauen, ist es nicht möglich, eine Teilnehmerin während des laufenden Kurses durch eine andere zu ersetzen. Die Gebühren für versäumte Stunden werden nicht von der Krankenkasse übernommen und sind daher von der Teilnehmerin selbst zu tragen. Dabei ist es unerheblich, aus welchem Grund die Teilnahme nicht erfolgte. Versäumte Stunden können nicht nachgeholt werden. Die Hebammenpraxis ist berechtigt, einzelne Kursstunden kurzfristig zu verlegen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie unsere Teilnahmebedingungen und Datenschutzerklärung für sich und Ihren Partner. **Die Partnergebühr beträgt einmalig 85,00 EUR** und wird nicht von der Krankenkasse übernommen. **Bitte überweisen Sie diesen Betrag im Voraus** auf das unten genannte Konto (Verwendungszweck: Name der Frau, Kursname). Bitte senden Sie uns das unterschriebene Dokument oder übergeben Sie es persönlich einem unserer Mitarbeiter. Vielen Dank.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmerin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hebammenpraxis