

Praxis für Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren Psychomotorik - Entwicklungstherapie

Rita Hölscher - Regener

Praxis : Am Sturmwald 24 44 229 Dortmund
Büro : Leierweg 24 44 137 Dortmund
e-mail: hoelscher-regener@web.de

Tel.: 0231 / 72 75 211
Tel.: 0231 / 106 22 60 o. 0177 706 2260

Dortmund , den

Vertrag

Folgender Vertrag wird ab _____ zwischen der o.g. Praxis und

Name(n) _____

Ort und Straße _____

1 .Die Praxis für heilpäd.Reiten/Voltigieren führt mit _____ auf Grund der vorliegenden Diagnose eine heilpäd. Behandlung mit dem Pferd durch. .

2. Die Therapie umfasst folgende Leistungen:ü

- a. eine Einzelförderung im heilpäd.Reiten /Voltigieren mind. a 30 Min.pro Woche
- b. oder eine Gruppenförderung im heilpäd.Reiten /Voltigieren mind. a 60 Min.pro Woche
- c. Beratungsgespräche mit den Eltern, Lehrern , dem behandelnden Arzt oder Personen nach Bedarf
- d. ein Elternseminarabend oder eine Selbsterfahrungseinheit
- e. ggf. einen Entwicklungsbericht nach Ablauf eines Jahres der Behandlung.

3. Kann ein vereinbarter Termin aus Gründen, die vom Auftraggeber zu vertreten sind, nicht eingehalten werden, so entfällt für die Praxis die Verpflichtung zum Ersatz. Kann ein vereinbarter Termin aus Gründen, die vom Auftragnehmer zu vertreten sind, nicht eingehalten werden, ist die Praxis zum Ersatztermin verpflichtet. An gesetzlichen Feiertagen und in den Schulferien finden die unter Punkt 2 aufgeführten Leistungen nicht statt.

4. Die Monatspauschale für einen Therapieplatz beträgt fortlaufend (auch in den Ferien), --€.Sie wird während eines Jahres nicht erhöht. Darin sind die in Punkt 2 aufgeführten Leistungen enthalten. Eine Abstufung gemäß dem Familiennettoeinkommen ist bei Selbstfinanzierung auf Antrag möglich. Die monatliche Mindestgebühr von € _____ kann jedoch nicht unterschritten werden.

5. Die Therapiegebühr wird abgestuft und beträgt im vorliegenden Fall € _____

6. Die Gebühr für einen Therapieplatz ist spätestens bis zum 5. eines jeden Monats in bargeldloser Zahlungsüberweisung fällig. **Eine gesonderte Zahlungsaufforderung an den Auftraggeber ergeht nicht.**

7. Der Auftraggeber gibt hiermit sein Einverständnis, dass die Praxis mit () dem Arzt, mit () dem Lehrer des Klienten im Bedarfsfall Kontakt aufnimmt und gegebenenfalls diagnostische und therapeutische Daten an sie weitergibt.

9. Beide Vertragspartner haben jederzeit das Recht, diesen Vertrag ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich zu kündigen.

10.Über die Risiken und Gefahren einer Therapie mit dem Pferd bin ich informiert worden und stimme der Behandlung auf dem Pferd zu.

Rita Hölscher-Regener/

Auftraggeber