

**Praxis für Paar-und Sexualtherapie  
Dr.med. Martinovic**

Behandlungsvertrag

Ich wünsche die von Dr. Martinovic angebotene Behandlung der sogenannten Paar/Sexualtherapie.

Dabei wurde ich von Dr. Martinovic ausführlich darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Kosten für die Behandlung nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden können.

Für diesen Fall versichere ich, den vereinbarten Anteil selbst zu begleichen.

Die schriftliche „Information zur Sexualtherapie und Sexualberatung“ bzw. zum Kostenerstattungsverfahren habe ich erhalten. Mit den Bedingungen bin ich einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift