



# Behandlungsvertrag

zwischen

## Klientin/Leistungsempfängerin:

---

---

---

und

## Stillberatung/IBCLC

Kerstin Fach

Raubersrieder Weg 53

90530 Wendelstein

Datum/Uhrzeit der Beratung/en:

---

---

---

---

---

---

Unterschrift Klientin:

---

---

---

---

---

---

Stillberatung ist keine Kassenleistung und muss daher von der Klientin privat bezahlt werden.

Folgende **Kosten** fallen an:

- **Erstbesuch** (ca. 90 Min.) mit ausführlicher Anamnese **70,- Euro** (plus Fahrtkostenpauschale).
- Jeder weitere Hausbesuch **60,- Euro pro Stunde** (Abrechnung erfolgt im 15 Minuten Takt), (plus Fahrtkostenpauschale)

**Fahrtkostenpauschale:** Ortsgebiet Wendelstein **5,- €**

Stadtgebiet Nürnberg/Fürth/Schwabach/Roth **10,- €**, bei weiteren Strecken ab 30 km/40 km einfache Strecke einmalig **15,- €/20,- €**

### **Weitere Leistungen:**

- Beratung Präpartale/vorgeburtliche Kolostrumgewinnung **60,- €**, inkl. Infomaterial in Papierform, sowie Material zum Auffangen und Aufbewahren des Kolostrums.
- Stillvorbereitung, ca. 2,5-3 Std. (Einzelberatung) inkl. Skript **120,- €**,
- Telefonische Beratung **10,- €/10 Minuten** (bei vorangegangener Stillberatung 1-malig 15 Min. frei).
- Für evtl. anfallende Kosten bezüglich Stillhilfsmittel kommt die Klientin in vollem Umfang auf!
- Verleih von Milchpumpen siehe gesonderter Vertrag.
- Lasertherapie/Behandlung, gesonderter Vertrag.

Die Klientin erklärt das sie versteht, dass der Besuch einer Stillberatung einem Arztbesuch nicht gleichkommt. **Die Stillberatung ersetzt keinen Arztbesuch!**

Zum Ausschluss von ernsthaften Erkrankungen sind ärztliche Diagnosen unerlässlich.

Die Vertragsparteien verpflichten sich die vereinbarten Termine einzuhalten.

Das Honorar ist spätestens 7 Arbeitstage nach Rechnungsdatum fällig und per Überweisung zu begleichen.

### **Erreichbarkeit:**

Im Regelfall bin ich unter Handy: 01712391974 erreichbar, bei Nichterreichbarkeit melde ich mich im Laufe des Tages zurück

Im Notfall wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder die nächste Klinik!

---

Ort/ Datum:

---

Unterschrift Stillberatung

---

Unterschrift Klientin