

Patienten-Frage- und Informationsbogen

(bitte vor der Erstbehandlung ausfüllen)

Name: _____
Vorname: _____
Geb. am: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

Ärztlicherseits wurden bei mir folgende Erkrankungen festgestellt: _____ _____ _____ _____	Zur Zeit nehme ich folgende Medikamente/ Mittel: _____ _____ _____ _____
--	--

Ich bin: gesetzlich versichert bei: _____
 privat Zusatzversichert bei: _____
 privat versichert bei: _____
 beihilfeberechtigt bei: _____

Patienteninformation

Verehrte(r) Patient(in),
meine heilkundliche Tätigkeit berechnet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker, soweit die erbrachten Leistungen hierin enthalten sind.

Wird ein vereinbarter Termin von Patientenseite kurzfristig (unter 24h vor dem Termin) abgesagt, entstehen hierfür Ausfallkosten in Höhe von 30,00 EUR.

Honorar der Behandlung/ Behandlungszeit

Für die Behandlungskosten werden 95,00 EUR berechnet bei einer Behandlungszeit von 1h.

Ich werde hiermit darüber informiert,

- * wie hoch die voraussichtlichen Untersuchungs- und Behandlungskosten sein werden.
- * dass die von mir gewünschten Leistungen von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden.
- * dass die private Krankenversicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe die entstehenden Kosten möglicherweise / voraussichtlich, je nach Vertragsverhältnis und tariflichen Bedingungen, nicht oder nur teilweise übernimmt und ich für eine entsprechende Klärung selbst Sorge tragen muss.
- * dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen in voller Höhe von mir zu begleichen sind.

Ort und Datum
Unterschrift des Patienten
