

Patienten-Einverständniserklärung

Persönliche Daten

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon Festnetz

Mobil

E-mail

Hausarzt/Kinderarzt

Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenkasse/Beihilfe/Zusatzversicherung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben sich für eine klassisch homöopathische Behandlung durch eine Heilpraktikerin entschieden. Gesetzliche Krankenkassen erstatten die Leistungen in der Regel hierfür nicht. Private Kranken- oder Zusatzversicherungen übernehmen üblicherweise zumindest einen Teil der Kosten. Eine vollständige Kostenerstattung kann ich nicht garantieren.

Für meine Leistungen stelle ich ein Honorar wie folgt:

Homöopathische Erstanamnese: 150,00 € für Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr
 90,00 € für Kinder bis zum 6. Lebensjahr
 120,00 € für Kinder/Jugendliche vom 7. bis 17. Lebensjahr
 120,00 € für Studenten/Lehrlinge/Arbeitslose (Nachweis erforderlich)

Folgebehandlungen, Dauer 20-60min.: 20,00 - 60,00 €, je nach Zeitaufwand

Zeit ist etwas sehr Kostbares! Keiner sollte mit der Zeit eines anderen ungewissenhaft umgehen. Wenn sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen sie ihn bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Für ausgefallene oder zu spät abgesagte Termine stelle ich eine Ausfallgebühr von 30,00 € in Rechnung.

Persönliche Erklärung des Patienten:

- () Ich erkläre mich einverstanden mit der Behandlung.
() Ich erkläre mich einverstanden mit der Behandlung meines Kindes

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten/Erziehungsberechtigten