

Behandlungsvereinbarung und Einverständniserklärung (09/2018)
zwischen

NATURHEILPRAXIS
Sabine Dietlmeier
Heilpraktikerin

Kirchenstr. 7, 82194 Gröbenzell
Tel. 08142 / 42 22 907
info@naturheilpraxis-dietlmeier.de
www.naturheilpraxis-dietlmeier.de

und Patient(in):

Name, Vorname _____
Strasse, Haus-Nr. _____
PLZ, Ort _____
Geb.-Datum _____
Telefon/Fax _____
E-Mail Adresse _____

Name der Krankenversicherung _____
Privat Beihilfe Zusatzversicherung Selbstzahler

Falls zutreffend: abweichender Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger:

Name, Vorname _____
Strasse, Haus-Nr. _____
PLZ, Ort _____
Geb.-Datum _____
Telefon/Fax _____
E-Mail Adresse _____

Name der Krankenversicherung _____
Privat Beihilfe Zusatzversicherung Selbstzahler

Ich wurde von Frau Heilpraktikerin Sabine Dietlmeier über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung wie folgt informiert:

Erstanamnese, -untersuchung und -behandlung:

Erwachsene: ca. EUR 140,00
Kinder bis inkl. 10 Jahre: ca. EUR 100,00
Jede weitere Folgebehandlung: Abrechnung nach GebÜH (Stundensatz etwa: EUR 85,00)

Hinzu kommen gegebenenfalls noch Kosten externer Labors, die jedoch direkt mit dem Labor beglichen werden oder Material- und Medikamentenkosten aus dem Praxisbedarf.

Ich bestätige, dass ich umfassend über die naturheilkundliche Diagnostik und die Therapieverfahren, deren Risiken sowie deren Abrechnung aufgeklärt worden bin und keine weiteren Fragen oder Einwände habe. Ich wurde darüber informiert, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenversicherung, privaten Zusatzversicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise ganz oder teilweise nicht übernommen werden.

Vereinbarte Termine, die nicht mindestens 24 Stunden an einem Werktag (d.h. Montagstermine spätestens am Freitag Vormittag) vorher schriftlich oder telefonisch abgesagt wurden, werden, unabhängig vom Grund der Absage, voll in Rechnung gestellt.

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlungskosten direkt an die Heilpraktikerin, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch meine Versicherung, vollständig entrichtet werden müssen.

Datum

Unterschrift