

Name:	Geburtsdatum:
Straße:	Telefon:
PLZ, Wohnort:	Mobil:
Beruf:	email:
Behandelnder Arzt:	Krankenversicherung:
Erkrankungen / Beschwerden:	
Vorerkrankungen / chronische Erkrankungen:	
OPs / Verletzungen:	
Allergien / Unverträglichkeiten:	
Dauermedikation:	Bedarfsmedikation:
Schwere Erkrankungen in der Familie:	
Sportliche Aktivitäten:	
Schwangerschaften:	
Fernreisen in den letzten 12 Monaten:	

Meine Abrechnungen erfolgen nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker. Die Höhe der Erstattung ist je nach Tarif der Krankenkasse unterschiedlich. Für Beratungen und Behandlungen ohne Festpreis beträgt der Regelstundensatz €70.-, bzw. €20.- pro 15 Minuten. Die Bezahlung erfolgt in der Regel in Bar nach der Behandlung. Medikamente werden extra verrechnet.

Der/die Patient/in verpflichtet sich bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage wird jede ausgefallene Stunde mit €25,- in Rechnung gestellt.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der Behandlungskosten und Konditionen.

Datum:

Unterschrift: