



NaturundHeilkunde

Traditionelle Europäische Naturheilkunde

Patientenblatt

Vorname: _____ Name: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____ Vers. Nr. _____

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? _____

Patienteninformation

Dienstleistungen in der Sprechstunde, sowie Nachbearbeitungen oder telefonische und schriftliche Beratungen werden in Rechnung gestellt. Bei Terminabsage, -verschiebung innerhalb 24 Arbeitsstunden wird die Hälfte der reservierten Sprechstundenzeit verrechnet. Die Therapie untersteht der Sorgfaltspflicht aber es besteht kein Garantieerfolg. Ein Behandlungsabbruch ist jederzeit möglich. Konsultationen unterstehen der Schweigepflicht.

Behandlungsauftrag -Behandlungseinwilligung

Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert und ich willige in die von der Heilpraktikerin vorgesehene, vermerkte ganzheitliche Behandlung ein.

Die Verhaltenshinweise nach der Behandlung werde ich beachten. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten für die Behandlungen und Rezeptierung / Medikamentierung zu übernehmen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin / Patient bzw. Betreuer /
Bevollmächtigter / Sorgeberechtigte *

Therapeutin