

Behandlungsvereinbarung 1

(für Ihre Unterlagen!)

Name des Rechnungsempfängers-
Eltern des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Behandelte Person

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße/Hausnummer

tagsüber telefonisch erreichbar unter

Krankenversicherung/Beihilfe

Liebe/r Patient/-Innen,

Ihre Entscheidung, sich Rat zu holen bei einer Erkrankung oder der Wunsch Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern und sich dabei an mich zu wenden, bedeutet, dass Sie mir Vertrauen entgegenbringen. Das schätze ich sehr hoch ein und ich danke Ihnen dafür. Das Praxisteam und ich werden uns dafür einsetzen, dass wir effektiv, sanft und dauerhaft zur Ausbalancierung verschiedener Regelsysteme beitragen, was zu Stabilität, Zufriedenheit und gesunder Ganzheit auf allen Ebenen führen kann.

Kosten

Nicht alle Therapieverfahren, mit denen ich arbeite, sind von der herrschenden Lehrmeinung anerkannt, in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verankert und daher bei den privaten Kassen erstattungsfähig. Die gesetzlichen Kassen sind in keinem Fall bereit, Kosten zu übernehmen.

Damit Sie über die Kosten, die während einer Therapie entstehen können, informiert sind, und damit ich sicher sein kann, dass Sie damit einverstanden sind, bitte ich Sie, sich diese Vereinbarung genau durchzulesen und zu unterschreiben.

Aufnahme /Erstanamnese:

- Das Honorar für die Erstanamnese beträgt 183,60 Euro analog Ziffer 30 (3,5 fach). Dieser Betrag ist mit dem hohen Zeitaufwand bei der Beratung und meinem gründlichen Vorgehen bei der Erstanamnese gerechtfertigt.
- Körperliche Untersuchungen werden entsprechend der GOÄ zusätzlich berechnet.
- Eine erstmalige Kurzberatung zur Erörterung von Therapiemöglichkeiten kostet nach GOÄ Ziffer 34 entspr. 40,- Euro

Terminvereinbarungen:

Viele Patienten warten tage- oder wochenlang auf Behandlungstermine. Wird ein Termin vereinbart, so reserviere ich in der Regel einen großzügigen Zeitraum, der es erst ermöglicht, individuell auf den einzelnen Menschen einzugehen und eine intensive und erfolgreiche Behandlung zu erzielen. Da es vorkommen kann, einen Termin nicht einhalten zu können, ist es natürlich möglich, Termine zu verschieben oder abzusagen. Allerdings bedingt dies für unsere Praxis einen erheblichen Mehraufwand, der zu meinen Lasten und den der anderen Patienten geht. Deshalb bitte ich dringend darum, so früh wie möglich Terminänderungen abzusprechen! Terminänderungen oder -absagen in den letzten 24 Stunden vor Behandlungsbeginn können nicht mehr integriert werden, deshalb werden 80% des Honorars zu Lasten des/der PatientIn berechnet- es sei denn, der Praxisablauf ermöglicht eine (Ersatz-) Behandlung an dem Selben Tag! Erscheint der/die PatientIn gar nicht zum Behandlungstermin, so wird die gesamte geplante Behandlung berechnet (außer den Infusionslösungen, wenn sie noch nicht zubereitet wurden und anderweitig verwendet werden konnten).

Bei allen Leistungen, die hier nicht näher erläutert worden sind, gelten die gesetzlichen Regelungen der GOÄ.

Bei SelbstzahlerInnen können individuelle Honorarvereinbarungen getroffen werden, ebenso Ratenzahlungen. Bitte sprechen Sie uns darauf an.

Hiermit erkläre ich mich mit allen Punkten der Behandlungsvereinbarung 1 einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Rechnungsempfängers

Behandlungsvereinbarung 1

(bitte ausgefüllt an uns zurück)

Name des Rechnungsempfängers-
Eltern des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Behandelte Person

Vorname

Geburtsdatum

PLZ Ort Straße/Hausnummer

tagsüber telefonisch erreichbar unter Krankenversicherung/Beihilfe

Bei allen Leistungen, die hier nicht näher erläutert worden sind, gelten die gesetzlichen Regelungen der GOÄ.

Bei SelbstzahlerInnen können individuelle Honorarvereinbarungen getroffen werden, ebenso Ratenzahlungen. Bitte sprechen Sie uns darauf an.

Hiermit erkläre ich mich mit allen Punkten der Behandlungsvereinbarung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Rechnungsempfängers