

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden mit der Ihnen ausgehändigten Erklärung über die unterschiedliche Erstattung von Heilpraktiker-Behandlungen durch die privaten Krankenversicherungen bzw. Beihilfe informiert.

Diese Vereinbarung klärt Sie nach bestem Wissen und Gewissen über die ungefähre Höhe der Behandlungskosten auf, deren Erstattung durch Ihren Kostenträger nicht ausreichend gesichert ist. Bitte unterzeichnen Sie die Vereinbarung.

Es werden folgende Behandlungen bzw. Untersuchungen in meiner Praxis durchgeführt werden:

Diagnose:

Methode:

Anzahl:

Kosten pro Einzelbehandlung:

Gesamtkosten:

Persönliche Erklärung des Patienten:

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Methoden und Verfahren bei mir im Rahmen einer biologisch-medizinischen Heilbehandlung durchgeführt und mir entsprechend in Rechnung gestellt werden. Die Rechnungsstellung bzw. -begleichung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

Diese Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet, und mir wurde eine Durchschrift übergeben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Behandler