

Lieber Patient, liebe Patientin,
vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und mit Ihrem Kind zur Behandlung in meine Praxis kommen. Ich werde mich stets bemühen, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen. Damit es nicht zu Missverständnissen kommt, vorab einige Informationen zur Abrechnung. Ich rechne nach der stark veralteten Gebührenordnung für Heilpraktiker ab. Es kann sein, dass Ihre private Krankenkasse oder Ihre Zusatzversicherung nicht alle Positionen in vollem Umfang erstattet. Im Rahmen unseres Behandlungsvertrages erklären Sie sich bereit, meine Rechnungen dennoch in vollem Umfang zu begleichen. Bei Rückfragen zur Rechnung stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung. Bitte bringen Sie diesen Vertrag zur Neuaufnahme mit oder unterschreiben Sie ihn hier vor Ort. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Unterschrift/Ort/Datum

Anamnesedaten Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum/–uhrzeit/-ort

Mutter

Vater

Geschwister (mit Geburtsdatum)

Adresse

Telefonnummern (privat/Handy) /E-Mail

Versicherung

Die hier schriftlich und im persönlichen Gespräch erhobenen Daten und Informationen werden streng vertraulich behandelt (Verarbeitung gemäß Artikel 7 DSGVO). Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen.

Mit freundlichen Grüßen

Birgit Heiland-Falz
