

# **Einverständniserklärung zwischen Praxis gesund & munter (Sabine Götter, Felix Radtke, Simeon Hasch, Tanja Boneberger) und dem (der) Patienten(in):**

Frau  Herr

Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter/Hauptversicherter (für Kinder unter 18 Jahren):  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte die Telefonnummer an, unter der Sie tagsüber gut erreichbar sind:

Privat  Handy  Geschäftlich: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, dass die Rechnung an mich gestellt wird. Die Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung richtet sich nach ihren individuellen Vertragsbestimmungen, eine vollständige Übernahme kann nicht garantiert werden. Die Behandlungskosten müssen aber auch in diesem Fall vollständig bezahlt werden. Außerdem werde ich mich mit meiner Krankenkasse/Versicherung selbst über den Ersatz der geforderten Behandlungskosten auseinandersetzen.
2. Von der gesetzlichen Krankenkasse wird die Behandlung in der Regel nicht bezahlt oder nur bezuschusst. Darauf wurde ich hingewiesen und trage die Kosten in diesem Falle selbst.
3. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Rechnung, soweit sie sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker orientiert, den Höchstsatz überschreiten kann. Für spezielle Behandlungstechniken können sogenannte Analog-Ziffern (d.h. Erstattungsziffern, die eine vergleichbare Therapie beschreiben) verwendet werden.
4. Vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, sind mindestens 24 Stunden zuvor abzusagen, ansonsten kann die Behandlung teilweise oder vollständig in Rechnung gestellt werden.
5. Die Kosten der Behandlung belaufen sich auf ca. €120,00 bis €150,00 pro Stunde, je nach Aufwand.
6. Ich bin damit einverstanden, dass ich die vom Arzt verschriebenen Medikamente nur mit dessen Absprache absetze. Bei eigenmächtigem Absetzen von ärztlichen Medikamenten übernehme ich (der Patient) die volle Verantwortung.
7. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir eine gestellte Rechnung nicht mehr ändern können. Falls Sie Fragen zur Rechnungsstellung haben, sprechen Sie uns bitte vorher an. Wenn Sie damit einverstanden sind, **freue ich mich auf eine gute Zusammenarbeit!**

Egling, den

---

Datum

Unterschrift des Patienten