

Patientenfragebogen und Abrechnungserklärung

Pat.-Name: _____ Vorname: _____ Tel: _____

Vers.-Name: _____ Vorname: _____ Tel.: _____

Strasse/Hausnr.: _____ Plz/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Krankenversicherung(en): _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

akute Beschwerden und seit wann: _____

bisherige Operationen mit Jahresangabe: _____

bekannte Erkrankungen und seit wann: _____

Herzerkr.: _____ Nierenerkr.: _____ Darmerkr.: _____

Leber-/Gallenblasenerkr.: _____ (Auto)Immunsystemerkr. _____

Durchblutungsstörungen: _____ Bluthochdruck: _____ Gicht: _____

niedriger Blutdruck: _____ Schilddrüsenerkr.: _____ Rheuma: _____

Allergien: _____ wenn ja, welche? _____

Aktuelle Medikamente: _____

Bitte informieren Sie mich unregelmäßig über neue Therapie(verfahren) in Ihrer Praxis per Mail.
E-Mail-Adresse: _____

Lieber Patient,

ich stelle meine Rechnungen nach den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH). In der Regel werden keine Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, lassen Sie die Rechnung aber bitte auf Bezugsschussung durch die Krankenversicherung prüfen. Sollte ihre Krankenversicherung bei der Erstattung Ihrer Rechnung den Rechnungsbetrag kürzen, müssen Sie die Differenz selbst tragen.

Termine, die weniger als 24 Stunden vorher abgesagt werden, werden mit 50€ berechnet.
Die Abrechnungsmodalitäten habe ich gelesen und erkläre mich mit diesen einverstanden.

Datum und Unterschrift