

Patientenbogen

Erstgespräch am: _____

Vorname Name

Tel. privat Tel. dienstlich

Email

Hausarzt/behandelnder Arzt

Straße

Geburtsdatum Geburtsort

1. 2. 3. 4.

PLZ, Ort

Familienstand Anzahl der Kinder /Alter

Beruf Tätigkeit

Arbeitgeber

Private Krankenversicherung

Empfohlen durch

Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein? _____

Ich zahle bar Ich zahle mit EC-Karte

Ja, ich möchte den Praxis-Newsletter erhalten – eine Abmeldung ist jederzeit möglich

Ich wurde von Heilpraktikerin Bettina Fornoff über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung lt. zur Zeit gültiger Gebührenübersicht informiert.

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Behandlungskosten in der Regel nicht erstatten. Von den privaten Versicherungen werden die Behandlungskosten in unterschiedlicher Weise erstattet. Über die genaue Erstattung, erkundige ich mich bei meiner Versicherung.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten und Patientenberichte digital erfasst werden (unter Beachtung der gesetzlichen Datenschutzrichtlinien).

Ich wurde darüber informiert, dass das Honorar mit Leistung bzw. Rechnungsstellung fällig wird, unabhängig von der Erstattungshöhe der PKV oder Beihilfe.

.....
Unterschrift

....., den.....