

Patienteninformationsbogen / Patientenerklärung

Bitte lesen Sie diesen Bogen sorgfältig, beantworten und unterschreiben ihn und **bringen ihn zu Ihrem ersten Termin** mit. Eltern füllen diesen Bogen für ihr Kind aus. Vielen Dank!

Name:

Adresse:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Krankenversicherung:

Evtl. Zusatzversicherungen:

Größe:

Gewicht:

Derzeit eingenommene Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel:

Bekannte Erkrankungen:

Haben/hatten Sie bereits einen Bandscheibenprolaps/-protrusion?

Ja

Nein

Allergien:

Operative Eingriffe:

Grund des Besuchs:

Liebe(r) Patient(in),

auch wenn ernste Komplikationen sehr selten sind, bin ich rechtlich gehalten, Ihnen die seltenen Ausnahmefälle darzulegen.

So kann es bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an den Nervenwurzeln zu Abszeßbildungen, Blutergüssen, allergischen Reaktionen mit Juckreiz und Hautausschlag bis zum allergischen Schock oder sekundärer Nervenschädigung kommen.

Bei der chiropraktischen Behandlung der Halswirbelsäule ist eine Verletzung der hirnversorgenden Blutgefäße nicht auszuschließen oder es könnte ein asymptomatischer Bandscheibenvorfall aktiviert werden. Dies gilt auch für Eingriffe an der Brust- und Lendenwirbelsäule. Die Gefahr solcher Zwischenfälle ist bei der Dorntherapie äußerst selten und als gering einzustufen.

Wichtig zu wissen ist, dass auch naturheilkundliche Mittel Nebenwirkungen haben können und in Einzelfällen allergische Reaktionen auslösen.

Naturheilverfahren / Homöopathika können zu Erstverschlimmerungen führen. Diese Erstverschlimmerung ist in der klassischen Homöopathie sogar erwünscht, zeigt sie doch, dass das Mittel bei Ihnen „greift“ und wirkt. Sollten Sie irgendwelche Symptome bemerken, die Sie nicht einordnen können, kontaktieren Sie mich bitte.

Ich werde in Ihrem und in meinem Interesse alles daran setzen, die Rahmenbedingungen so zu optimieren, dass die oben beschriebenen Risiken auf ein Minimum beschränkt sind.

Kostenübernahmeerklärung

Ich bin ausdrücklich informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenversicherung und / oder Beihilfestelle möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlichen Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden, was keinen Einfluss auf die Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorarrechnung hat.

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlungskosten unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen an die Heilpraktikerin zu zahlen sind.

Die Bezahlung erfolgt in bar am Tage der Behandlung.

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte frühstmöglich, **spätestens aber 24 Stunden vorher** ab. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine bin ich gemäß § 615 BGB berechtigt, Ihnen den Behandlungspreis in Form eines Ausfallhonorares in Rechnung zu stellen. Bitte beachten Sie, dass Ihre private Krankenversicherung diese Kosten nicht rückerstattet.

Liebe(r) Patient(in), diese Anmerkungen sollen Sie nicht verunsichern, es ist lediglich eine notwendige versicherungstechnische Absicherung. Sollten Sie Nachfragen haben sprechen Sie mich bitte an.

Kleinwallstadt, den

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter: