

Behandlungsvereinbarung und Einverständniserklärung

zwischen der Praxis

und Patient:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Adresse, PLZ, Ort _____

Telefon, E-Mail _____

Versichert: GKV, mit/ohne Zusatz oder Privat _____

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend über die naturheilkundliche Diagnostik und die Therapieverfahren, sowie deren Abrechnung (siehe nächste Seite) aufgeklärt worden bin und keine weiteren Fragen oder Einwände habe. Mir ist bekannt, dass meine KK die Erstattung der Rechnung ganz oder teilweise ablehnen kann. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlungskosten auch im Fall einer Nichterstattung durch die Versicherung in vollem Umfang durch mich zu bezahlen sind. Dies gilt auch für Kosten analoger Bewertungen. Eine Forderungsabtretung an Dritte ist nur in beiderseitigem Einverständnis gestattet.

Datum:

Unterschrift des Klienten oder Erziehungsberechtigtem bzw. zahlungspflichtigem Rechnungsempfängers

@

info@psychosomatic-att.de

TELEFON

0174-7283222

WEB

www.psychosomatic-att.de