

## Patientendaten

Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Straße .....  
PLZ Ort .....  
Tel/mobil .....  
Email .....  
Versicherung privat / gesetzlich .....

## WICHTIGE PATIENTENINFORMATION VOR BEHANDLUNGSBEGINN:

Sehr geehrter Patient,

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diese Informationen aufmerksam zu lesen. Damit wird eventuellen späteren Missverständnissen vorgebeugt.

Die Behandlung in meiner Praxis beruht auf den Erkenntnissen und Erfahrungen meiner über 25jährigen Praxiserfahrung in Homöopathie, Bachblütentherapie und anderen alternativen Diagnose- und Therapieverfahren. Eine Garantie für Heilerfolg gibt es – wie auch in der Schulmedizin – nicht, da gerade alternative Therapien von der Aufgeschlossenheit und bestenfalls von der Mitarbeit des Patienten leben. Heilung bedeutet immer persönliches Wachstum, Selbsterkenntnis und Veränderung im Leben. Die grundsätzliche Bereitschaft dazu sollte vorhanden sein. Es ist mir ein persönliches Anliegen, mit Ihnen den Weg dorthin individuell zu finden. Dazu gibt es in der Regel keinen allgemeingültigen und schon gar nicht wissenschaftlich bewiesenen d.h. bei jedem reproduzierbaren Weg. Krankheit alleine ist niemals existent; es gibt nur kranke Menschen. Schon allein daran erkennen wir den individuellen Charakter einer jeden Gesundheitsstörung, die sich demzufolge auch nur individuell lösen lässt.

Die alternativen Methoden werden von den gesetzlichen Kassen insbesondere als Leistung vom Heilpraktiker nicht anerkannt und bezahlt. Private Kassen ersetzen oft nur teilweise die Kosten, wenn von diesen Kassen anerkannte Naturheilverfahren zum Einsatz kommen. Bitte haben

**Sie Verständnis dafür, dass der Rechnungsbetrag in jedem Falle zu zahlen ist, auch bei Nichterstattung durch Ihre Krankenkasse.**

**Als Vergütungsgrundlage gilt mein zeitlicher Einsatz für Sie:**

**1 Stunde = 60 €. Natürlich erhalten Sie auf Wunsch eine Rechnung mit Diagnose und den bei Ihnen angewandten Verfahren, soweit vorhanden mit GebüH Ziffern.**

**Bitte bestätigen Sie hier mit Ihrer Unterschrift, dass Sie obige Informationen akzeptieren.**

**Datum.....Unterschrift.....**