

Honorarvereinbarung

Liebe Patientin, lieber Patient,

meine heilkundliche Tätigkeit berechnet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker, soweit die erbrachten Leistungen hierin enthalten sind.

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Strasse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ e-Mail: _____

Krankenversicherung:

- gesetzlich versichert bei: _____
- privat Zusatzversichert bei: _____
- privat versichert bei: _____
- beihilfeberechtigt bei: _____

Ich werde hiermit darüber informiert,

- wie hoch die voraussichtlichen Untersuchungskosten- und Behandlungskosten (110,- € für 60 Minuten) sein werden.
- Dass die von mir gewünschten Leistungen von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden.
- Dass die private Krankenversicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe die entstehenden Kosten möglicherweise / voraussichtlich, je nach Vertragsverhältnis und tariflichen Bedingungen, nicht oder nur teilweise übernimmt und ich für eine entsprechende Klärung selbst Sorge tragen muss.
- Dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und /oder Beihilfeleistungen in voller Höhe von mir zu begleichen sind.
- Wird ein vereinbarter Termin von Patientenseite kurzfristig (innerhalb 24 Std.) abgesagt, entstehen hierfür Ausfallkosten.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Patienten