

Patientenstammblatt

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer (wo Sie am besten erreichbar sind): _____ / _____

Email (optional): _____

Behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ / _____

Bitte ankreuzen und ergänzen:

- Ich bin privat krankenversichert ohne/mit Beihilfeberechtigung und akzeptiere die volle Honorarhöhe nach der offiziellen Gebührenordnung von Heilpraktikern (GebüH) und analog nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).
Krankenkasse: _____
Ich bin bereit, die Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet/erstatten.
- Ich bin gesetzlich versichert, habe jedoch eine private Zusatzversicherung krankenversichert und akzeptiere die volle Honorarhöhe nach der offiziellen Gebührenordnung von Heilpraktikern (GebüH).
Krankenkasse: _____
Ich bin bereit, die Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet/erstatten.
- Ich bin Selbstzahler und bezahle die gesamte Behandlung ohne einen Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger selbst. Ich akzeptiere die volle Honorarhöhe nach der offiziellen Gebührenordnung von Heilpraktikern (GebüH) und analog nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/In