



## Naturheilpraxis

**Florian Grill**

**Tisinstraße 56 a 82041 Deisenhofen**

**Tel.: 089-61339582 FAX: 089-61305473**

**Einverständniserklärung / Honorarvereinbarung für Narbenentstörung, Ausleiten und/oder Bioresonanz zwischen oben genannter Naturheilpraxis und zu behandelnden Patienten(in), vereinbarter Termin am \_\_\_\_\_**

Frau / Herr \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort : \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter (für Kinder unter 18 Jahren) \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte die Telefonnummern an, unter der Sie tagsüber erreichbar sind

Priv.: \_\_\_\_\_ Handy.: \_\_\_\_\_ Gesch.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

1.) Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, dass die Rechnung an mich gestellt wird. Außerdem werde ich mich mit meiner Krankenkasse/Versicherung selber über den Ersatz der geforderten Behandlungskosten auseinandersetzen.

2.) Die Diagnose – und Behandlungsart werden von der Lehrmedizin als „wissenschaftlich allgemein nicht anerkannt“ angesehen. Aus diesem Grunde ist für diese als Sonderleistung zu betrachtenden Methoden eine Vergütung im Gebührenverzeichnis nicht vorgesehen. Auch eine anderweitige Bewertung ist mangels Vergleichbarkeit nicht möglich.

3.) Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Behandlung, soweit sie sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker orientiert und mit 31,00 € je Sitzung berechnet wird.

4.) Ich bin damit einverstanden, dass ich die vom Arzt verschriebenen Medikamente nur mit dessen Absprache absetze. Bei eigenmächtigem Absetzen von ärztlichen Medikamenten übernehme ich (der Patient) die volle Verantwortung.

6.) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass in der Naturheilpraxis nach der Leistungspflicht des § 613 BGB gearbeitet wird, der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist unabhängig von der fachlichen Befähigung des Hilfspersonals, welche mit diversen Aufgaben delegiert wird. Das heißt, dass bestimmte Tätigkeiten auch vom Personal ausgeführt werden können.

6.) Bitte haben Sie Verständnis, dass wir eine gestellte Rechnung nicht mehr ändern können. Falls Sie Fragen zur Rechnungsstellung haben, sprechen Sie uns bitte vorher an.

Wir bevorzugen Barzahlung.

**Wenn Sie damit einverstanden sind, freue ich mich auf eine gute Zusammenarbeit.**

Deisenhofen, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_