

Privatpraxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

FA für Allgemeinmedizin-Akupunktur-Naturheilverfahren-Sportmedizin

Timmerbergstr.25, 32602 Vlotho, Tel: 05733/878498, E-Mail: Dr.Miriam.Schaeffler@online.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Anmeldung möchte ich Sie bitten, die folgenden Zeilen auszufüllen und die Vereinbarung gründlich durchzulesen und zu unterzeichnen.

Anmeldung -Privat

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Tel: _____ Fax: _____ Mobil: _____
Email-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenversicherung: _____ Beihilfe: ja/nein
Beruf: _____
Hausarzt: _____ Medikamente: _____

Vereinbarung

In meiner Praxis werden Termine nur nach Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine auch ausschließlich nur für Sie reserviert.

Deshalb bitte ich Sie, bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Ich möchte Sie hiermit höflichst darauf hinweisen, dass einige meiner Diagnostik- und Behandlungsmethoden von der Schulmedizin bisher noch nicht „wissenschaftlich“ anerkannt und daher auch nicht Bestandteil der ärztlichen Gebührenordnung sind und deshalb z.T. analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Dennoch erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle. Wegen des hohen Zeitaufwandes in der ganzheitlichen Medizin werde ich teilweise den 3,5-fachen Gebührensatz berechnen müssen.

Bitte beachten Sie, dass der erstattungsfähige Satz in der Regel nur der 2,3-fache ist.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Datum _____

Unterschrift _____

Patient(in)

Dr .M. Schäffler