

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Bitte die zutreffenden Punkte ankreuzen.

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.

Vereinbarung zur Erstellung eines Lichtbildes zum Einpflegen in die Patientenakte

Da ich ein sehr visueller Mensch bin und bei mir die chinesische Gesichtsdiaagnose als zusätzliches ganzheitliches diagnostisches Verfahren eine Rolle spielt, würde ich gerne ein Foto Ihres Gesichts machen, das natürlich vertraulich behandelt wird und nur zum Einpflegen in Ihre Patientenakte dient.

Ich würde mich sehr freuen und Sie würden meine Arbeit dadurch sehr erleichtern, wenn dies möglich wäre!

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung Kontakt per E-Mail & WhatsApp

Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Miriam Schäffler, mit mir per E-Mail/per WhatsApp zu kommunizieren, auch wenn dies keine gesicherten Verbindungen sind.

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

Einverständniserklärung Privatliquidation per E-Mail

Hiermit erklären Sie sich mit der Zusendung Ihrer Privatrechnung an unten aufgeführte E-Mail-Adresse einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____

Patient(in)

Dr .M. Schäffler