

Behandlungsvertrag



Heilpraktiker
Christian Peters

Ich freue mich Sie als Patient_in begrüßen zu dürfen.
Für meine Arbeit benötige ich einige Angaben von Ihnen:

Name, Vorname

Telefon

Straße Nr.

Handy

PLZ Ort

E-Mail

Geburtsdatum m w d

Arbeitgeber/Beruf

Größe cm Gewicht kg Blutdruck /

 Ja Nein
Allergien (z.B. Procain, Echinacea)

 Tag Woche Monat
Alkohol (Menge)

 Ja Nein
Verdauungsprobleme (z.B. Durchfall, Blähungen)

 Tag Woche Monat
Kaffee (Menge)

 Ja Nein
Infekte (z.B. häufige Erkältungen, Pilz)

 Ja Nein
Herz-/Kreislaufprobleme (z.B. AV-Block, Bluthochdruck)

 Tag Woche Monat
Nikotin (Menge)

 Ja Nein
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Diabetes)

 Ja Nein
Rheuma (z.B. Zecke, Fibromyalgie)

Medikamente (z.B. Pille, Schmerzmittel, Abführmittel, Aspirin)

 Ja Nein
Unfälle (z.B. Auto, Fahrrad)

 Ja Nein
Operationen (z.B. künstliche Gelenke, Kaiserschnitt)

 Ja Nein
Krebs (z.B. Brust, Darm)

 Ja Nein
Ansteckende Erkrankung (z.B. AIDS/HIV, Hepatitis)

 Ja Nein
sonstiges (z.B. Bandscheibe, Arthrose)

Datum/Unterschrift

Als Grundlage zur Rechnungsstellung gilt i.d.R. das Gebührenverzeichnis (**GebÜH**) für Heilpraktiker. Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus dem Aufwand und der erbrachten Leistung.

Versicherungsstatus

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Zusatzversicherung
- Private Krankenversicherung

! 50 € Ausfallhonorar bei Terminabsage unter 24 Stunden !