

Honorarvereinbarung und Patienteninformation

zwischen

Frau/Herr Name _____ Anschrift _____ _____ Geburtsdatum _____ Tel. _____ E-mail _____
--

Naturheilpraxis Ulrike Kerscher Markenbildchenweg 6 56068 Koblenz
--

wird folgende Honorarvereinbarung getroffen:

Für die Erbringung der Leistung Liebscher & Bracht-Schmerztherapie wird eine Vergütung wie folgt vereinbart.

Erste Behandlung – Dauer ca. 75 min. 120,- €
Folgebehandlungen – Dauer ca. 60 min. 80,- €

Die Praxisinhaberin setzt voraus, dass die vereinbarten Termine eingehalten werden. Für versäumte Termine, die nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagt werden, zahlt die/der Patient/in eine Ausfallsentschädigung von 35 Euro. Die Rechnungen der Praxis sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt fällig und ohne Abzug zahlbar.

Mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt die/der Patient/in, dass sie/er

- darauf hingewiesen wurde, dass die Schmerzbehandlung nach Liebscher & Bracht keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse ist
- darauf hingewiesen wurde, dass falls sie/er privat versichert ist, Analogziffern zur Anwendung kommen und die Liquidation auch bei privaten Krankenkassen ggf. nicht erstattungsfähig ist.
- mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer/seiner personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung einverstanden ist. Es erfolgt keine unbefugte Weitergabe der Daten an Dritte.
- ihr/ihm eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

Versicherung: gesetzlich privat Beilfe .. private Zusatzversicherung

Außerdem wurde die/der Patient/in darauf hingewiesen, dass folgende typischen Reaktionen nach der Behandlung auftreten können:

- Abgeschlagenheit und Müdigkeit
- Muskelkater
- Blaue Flecken an den behandelten Stellen
- in seltenen Fällen kann es am Abend oder in der Nacht nach der Behandlung zu einer Erstverschlimmerung kommen.

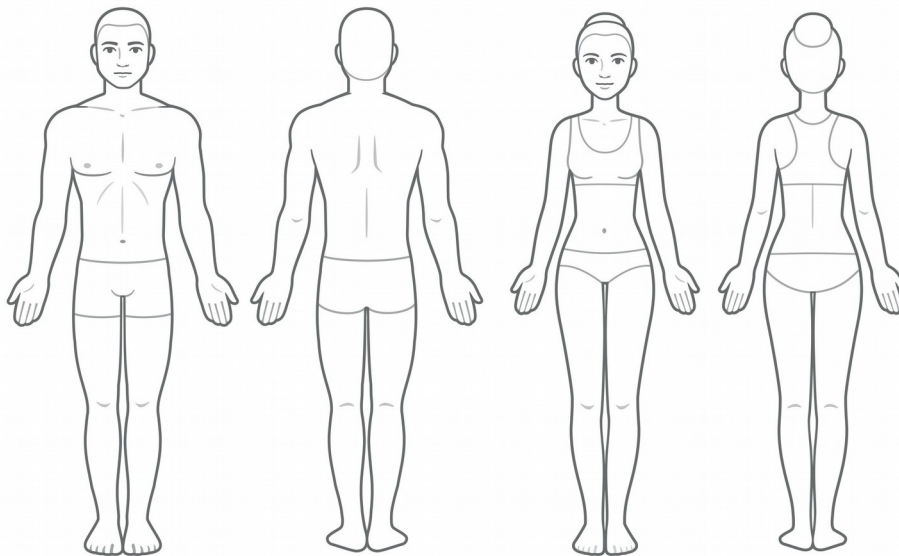
Datum

Praxis

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Wie lange habe Sie diese schon? Seit wann akut?

Zeichnen Sie den Ort und ggf die Ausstrahlung bitte in die Skizze ein



Was haben Sie schon dagegen unternommen?

Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? *Sollten Sie Schmerzmedikamente einnehmen, die Sie selbst absetzen dürfen, so kommen Sie bitte ohne Schmerzmitteleinnahme zur Behandlung. Bringen Sie Ihren Schmerz bitte mit.*

Wie sieht Ihr Tätigkeitsalltag aus?

Machen Sie Sport? Training?

Welches ist Ihre bevorzugte Schlafposition_____

Wenden Sie Faszienrollen an? Bringen Sie diese ggf mit_____

Essen Sie

Obst_____ wie oft_____

Gemüse_____ wie oft_____

Fleisch_____ wie oft_____

Milchprodukte_____ wie oft_____

Fisch_____ wie oft_____

Salat_____ wie oft_____

Eier_____ wie oft_____

Sonstiges_____ wie oft_____

Leiden Sie unter sonstigen Beschwerden? Wie sehr belasten Sie diese (0-10)?

1. _____ seit _____ Intensität _____

2. _____ seit _____ Intensität _____

3. _____ seit _____ Intensität _____

4. _____ seit _____ Intensität _____

5. _____ seit _____ Intensität _____

Verraten Sie mir Ihre Größe? _____ Gewicht? _____

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der beruflichen Schweigepflicht. Bringen Sie die Bögen bitte ausgefüllt zu Ihrem Termin mit. Ergänzungen können Sie gerne auf der Rückseite vornehmen.