

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 – Privatpatienten/Selbstzahler

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ mobil: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Geb.-Datum: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe: Ja/ Nein

Beruf: _____

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, bei Terminen am Montag bis Freitag 12:00 Uhr, abzusagen. Anderenfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen. Die Abrechnung erfolgt nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Privatversicherte können ihre Rechnung wie gewohnt bei ihrer Krankenkasse einreichen. Die Kostenübernahme meiner Leistungen sollte vorher mit der Krankenkasse abgeklärt werden. Selbstverständlich können Sie auch als gesetzlich Versicherte/r meine Leistungen als Selbstzahler in Anspruch nehmen.

Ich möchte Sie hiermit darauf hinweisen, dass einige meiner Diagnostik- oder Behandlungsmethoden noch nicht Bestandteil der Gebührenordnung für Ärzte (von 1996) sind und daher zum Teil analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherungen unter anderem aufgrund von Sparmaßnahmen in Frage gestellt werden. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der Kostenerstattung durch Ihre Krankenversicherung oder die Beihilfestelle. Wegen des hohen Zeitaufwandes in der Ganzheitlichen Medizin wird teilweise der 3,5-fache Satz berechnet.

Bitte beachten Sie, dass der erstattungsfähige Satz in der Regel der 2,3-fache Satz ist. Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung Kontakt per E-Mail oder WhatsApp

- Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Katrin Hofmeister mit mir per E-Mail oder 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.

Datum _____

Unterschrift _____

Patient/in

Dr. med. Katrin Hofmeister