

Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann, Heilpraktikerin, Homöopathin

Klassische Homöopathie, Kinderheilkunde, Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3, 20149 Hamburg

Tel 040 / 44 50 67 77, Fax 040 / 44 50 67 00,

Mail info@hamburg-naturheilzentrum.de, www.hamburg-naturheilzentrum.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben haben. Ich werde stets bemüht sein, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme:

In unserem Zentrum werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da wir uns für Sie genügend Zeit lassen wollen, sind Ihre Termine ausschließlich nur für Sie reserviert. Deshalb ist ein Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlauben wir uns Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Um die Behandlungskosten nicht unnötig durch ein aufwendiges Rechnungs- und Mahnwesen zu verteuern, bitten wir an jedem Behandlungstag um Barzahlung oder Zahlung per EC - Karte (mit Geheimzahl). Sie erhalten selbstverständlich jederzeit eine Rechnung zur Abrechnung mit Ihrer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle bzw. zur Vorlage beim Finanzamt.

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass einige unserer Diagnose- und Behandlungsmethoden nicht Bestandteil der leider stark veralteten Gebührenordnung für Heilpraktiker sind, dennoch erklären Sie sich bereit, unser Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe. Bitte sehen Sie dies als sinnvolle Investition in Ihre Gesundheit.

Bitte senden Sie uns dieses Formular bis 5 Tage vor Behandlungstermin per E-Mail, Fax, Post zu, oder bringen Sie es persönlich vorbei. Erst wenn wir die Vereinbarung erhalten haben, ist der Termin für uns verbindlich. Wir bitten um Ihr Verständnis, da durch Nichterscheinen eines Patienten anderen die Chance genommen wird frühzeitiger Unterstützung zu erhalten.

Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:

Termin am: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel./

Fax: _____ Versicherung: _____

E-mail _____

Datum und Unterschrift: _____

Gerichtsstand Hamburg