

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

Arbeitgeber/Beruf

 Ja Nein

Allergien (z.B. Procain, Echinacea)

 Ja Nein

Verdauungsprobleme (z.B. Durchfall, Blähungen)

 Ja Nein

Infekte (z.B. häufige Erkältungen, Pilz)

 Ja Nein

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

 Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Diabetes)

 Ja Nein

Rheuma (z.B. Zecke, Fibromyalgie)

 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)

Größe cm Gewicht kg Blutdruck /

Alkohol (Menge) Tag Woche Monat

Kaffee (Menge) Tag Woche Monat

Nikotin (Menge) Tag Woche Monat

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

Als Grundlage zur Rechnungsstellung gilt 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 !

Datum/Unterschrift