

# 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)

Größe  cm      Gewicht  kg      Blutdruck  /

Ja  Nein

Verdauungsprobleme (z.B. Durchfall, Blähungen)

Tag  Woche  Monat

Alkohol (Menge)

Ja  Nein

Infekte (z.B. häufige Erkältungen, Pilz)

Tag  Woche  Monat

Kaffee (Menge)

Ja  Nein

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

Tag  Woche  Monat

Nikotin (Menge)

Ja  Nein

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Diabetes)

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

Ja  Nein

Rheuma (z.B. Zecke, Fibromyalgie)

Ja  Nein

Unfälle (z.B. Auto, Fahrrad)

## Abrechnung

Gesetzlich versichert  
75,- EUR je Termin (90,- EUR Ersttermin)

Zusatzversicherung  
GebüH

Privatversicherung  
GebüH

**! 50 € Ausfallhonorar bei Terminabsage unter 24 Stunden !**

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