

Osteopathie Freitag

Richard Freitag – Heilpraktiker
Salzburger Str. 22; 81241 München
Tel.: +49 173 88 48 896 / Email: info@osteopathie-freitag.de
www.osteopathie-freitag.de



Kontaktdaten

Vorname, Nachname: _____
ggf. Name, Vorname des Versicherten: _____
Geb. am: _____
Anschrift: _____
Tel.: _____
Email: _____

Entbindung von Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass mein Osteopath mit Vertretern anderer medizinischer Berufe (z.B. Hausarzt, Zahnarzt, Physiotherapeut) Kontakt aufnimmt und Befunde austauscht. Zu diesem und nur zu diesem Zwecke entbinde ich sie ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum, Unterschrift ★

Behandlungshonorar

Das Honorar für eine Behandlung für gesetzlich Versicherte beträgt 95€.
Die Abrechnung für privat Versicherte, Beihilfeversicherte und Zusatzversicherte erfolgt in Anlehnung an die Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) und analog verwendete Ziffern des GOÄ. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen Behandlungsaufwand und betragen zwischen 85€ und 125€ pro Behandlung.

Versicherung: privat gesetzlich Zusatzversicherung Beihilfe

Versichert bei: _____ Tarif: _____

Bitte beachten Sie, dass ich es mir vorbehalte, Termine die nicht bis 24h vor Terminbeginn abgesagt wurden, in Rechnung zu stellen.

Vermerke zum Aufklärungsgespräch:

In den folgenden Seiten sind Informationen bezüglich der osteopathischen Behandlung, sowie die Datenschutzerklärung einzusehen. Es wurde über das osteopathische Vorgehen aufgeklärt, Vor- und Nachteile von Alternativen erörtert, Risiken, Komplikationen, Kontraindikationen und Erfolgsaussichten besprochen. Des Weiteren wurde die Problematik der unter Umständen fehlenden Kostenerstattung, Ablehnung einzelner therapeutischer Maßnahmen, gesetzliche Vertretung Minderjähriger und betreuter Menschen angesprochen. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle Fragen stellen. Diese wurden verständlich und umfassend beantwortet. Den dazugehörigen Aufklärungsbogen habe ich gelesen. Ich willige in die Behandlung ein. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Krankenkasse nicht verpflichtet ist, osteopathische Leistungen zu übernehmen. Die Patienteninformation und die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

★ Unterschrift Patient:in

Unterschrift Behandler