Heilpraktikerin Julia Sacher

Linsengarten 5,
97297 Waldbüttelbrunn

tcm-sacher.de
0176 69062823

Abrechnungsvereinbarung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Patient:		Geburtsdatum:	
Straße:		Telefonnummer:	
PLZ., Ort:		Handy:	
Email:		Gewicht/Größe:	

Bei Kindern unter 18 Jahren oder bei einem anderen Rechnungsempfänger:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Für meine Behandlung in der Praxis für ganzheitliche Therapie in Waldbüttelbrunn, Julia Sacher, wünsche ich die Abrechnung nach folgenden Maßgaben (bitte ankreuzen):

☐ Gesetzlich versicherte Personen ohne Erstattungsmöglichkeit:

Eine Versicherung, die die Kosten der Behandlung übernimmt, habe ich nicht. Mir ist bekannt, dass die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel durch die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht übernommen werden und daher selbst getragen werden müssen.

☐ Mit Erstattungsmöglichkeit über Versicherungsgesellschaft

Ich wünsche eine Abrechnung nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Die Kosten orientieren sich am Höchstsatz des GebüH und variieren je nach Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen sowie Dauer der Behandlung.

Die Erstattung dieser Kosten hängt von meinem Versicherungstarif ab. Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wisschenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Maßnahmen oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestelle oder privater Krankenversicherung muss ich den Rechnungsbetrag in voller Höhe begleichen.

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie versichert sind.

☐ Beamtenbeihilfe Bund/Land
☐ Heilpraktiker-Zusatzversicherung
☐ Private Vollversicherung mit Heilpraktiker

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich vereinbarte Termine einhalten muss. Sollte ich verhindert sein, muss ich den Termin bis 24 Stunden vorher absagen. Nehme ich den Termin ohne diese rechtzeitige Absage nicht wahr, wird mir der Termin in Höhe von 60 Euro in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit diesen Regelungen einverstanden:

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters