



NATURHEILPRAXIS  
NATHALIE TEETZ

## Behandlungsvertrag

Name Vorname \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel: Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### **Krankenversicherung:**

Gesetzlich versichert bei: \_\_\_\_\_

Privat versichert bei: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei: \_\_\_\_\_

### **Abrechnung:**

Wir weisen darauf hin, dass die entstehenden Kosten in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Bitte klären Sie vor! Behandlungsbeginn, ob und welche Höhe ihre Krankenkasse (Privat) oder Zusatzversicherung die Kosten übernimmt. Wir rechnen nach Gebührenordnung für Heilpraktiker ab.

**Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach erfolgter Behandlung mittels EC Karte oder in bar. Aktuelle Preise erhalten Sie in unserer Praxis.**

### **Terminvereinbarung:**

Unsere Praxis ist eine reine Terminpraxis. Wir sind stets bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden, daher bitten wir Sie, sich frühzeitig einen Termin zu vereinbaren. Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass wir nach BGB § 252 berechtigt sind, Praxisausfallkosten in Höhe der Behandlungsgebühr, in Rechnung zu stellen, falls der Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt wird.

**Ort, Datum der Aufklärung** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten** \_\_\_\_\_