

Frank Rose
Heilpraktiker

Hüttenstraße 1
40215 Düsseldorf

Aufnahmebogen

Name

Adresse

Telefon

Email

Geburtsdatum

Beruf

Krankenversicherung

Behandelnder Arzt

Erkrankungen/Beschwerden

Vorerkrankungen/chronische Krankheiten

OPs/Verletzungen

Allergien/Unverträglichkeiten

Dauermedikation

Bedarfsmedikation

Schwere Erkrankungen in der Familie

Sportliche Aktivitäten

Ernährung

Schwangerschaften

Fernreisen in den letzten 12 Monaten

Die Abrechnung meiner Leistungen erfolgt entweder privat oder über Ihre Krankenkasse. Bitte klären Sie zunächst eine Erstattung durch Ihre Krankenkasse ab. Die Höhe der Erstattung kann zudem je nach Tarif der Krankenkasse unterschiedlich sein.

Für Beratungen oder Behandlung ohne zuvor vereinbarten Festpreis beträgt der Regeltarifsatz 100,- €, je nach Dauer der Behandlung. Die Bezahlung erfolgt in der Regel bar nach Behandlungsende, oder über den Abrechnungsservice, sofern eine Erstattung durch die Krankenkasse vorliegt. Medikamente werden separat verrechnet.

Bitte sagen Sie bei Verhinderung eines vereinbarten Behandlungstermins diesen spätestens 24 Stunden vorher ab. Bei nicht rechtzeitiger Absage muss ich ansonsten eine Pauschale von 25,- € berechnen.

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der Behandlungskosten und Konditionen.

Datum

Unterschrift