

Einverständniserklärung Naturheilkunde

Werte Patientin, werter Patient,

Sie möchten aus eigenem Entschluss und nach Beratung mit Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin die kinesiologische Austestung zur Herstellung einer individuellen Zubereitung und/oder einen Therapievorschlagn aus der spagyrischen Pflanzenmedizin und oder eine naturheilkundliche Therapie/Behandlung.

Die Behandlung und Therapie erfolgt mit Methoden der Naturheilverfahren und sind nicht mit der klassischen Medizin konform. Wir arbeiten mit Methoden, die dem Gebiet der „Energy Medicine“ zugerechnet werden und über Bioinformationen laufen.

Es handelt sich nicht um Verfahren aus dem Erstattungskatalog der Krankenkassen.

Die Kosten richten sich nach dem tatsächlich anfallenden Zeitaufwand und werden analog der Gebührenordnung für Ärzte berechnet (Berechnungsgrundlage: 1 Stunde = 183,60€). Allgemein liegt der Zeitaufwand zwischen 30 und 60 Minuten.

Unabhängig von der eventuellen Erstattung Ihrer Privatversicherung haben Sie den vollen Rechnungsbetrag zu leisten. Gehen Sie bitte auch weiter zu Ihren behandelnden Ärzten. Eine Information zur Therapie erhält auch der Arzt, welcher diese Untersuchung veranlasst hat.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alles gelesen und verstanden haben und sich aus freiem Willen für die Untersuchung und die Therapie entschieden haben.

Bitte leserlich und vollständig ausfüllen – sonst keine Bearbeitung!

Datum, Ort Unterschrift

Name Vorname geb. am.....

Anschrift

Telefon

Wichtig für unsere Rechnungslegung:

Sind Sie privat versichert? Ja / Nein
Benötigen Sie unsere Zubereitung unbedingt alkoholfrei? Ja / Nein

Kurze Beschreibung der momentanen Symptome / kurze Krankheitsgeschichte: