

## Einverständniserklärung / Honorarvereinbarung zwischen Christiane Golinske-Kafitz und dem (der) Patienten(in):

Frau       Herr

Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Erziehungsberechtigter (für Kinder unter 18 Jahren):  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte die Telefonnummer an, unter der Sie tagsüber gut erreichbar sind:

Privat    Handy    Geschäftlich: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, dass die Rechnung an mich gestellt wird. Außerdem werde ich mich mit meiner Krankenkasse/Versicherung selbst über den Ersatz der geforderten Behandlungskosten auseinandersetzen.

2. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Rechnung, soweit sie sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker orientiert, den Höchstsatz überschreitet und bis zu €130,00 pro Sitzung betragen kann.

3. Die Kosten der Behandlung belaufen sich
- auf €75 bis €130,00 für den Ersttermin, je nach Aufwand und Zeit
  - und auf €70,00 bis €100,00 für weitere Termine, je nach Aufwand und Zeit

Falls die Kosten nicht durch die Krankenversicherung übernommen werden, übernehme ich diese selbst.

4. Ich bin damit einverstanden, dass ich die vom Arzt verschriebenen Medikamente nur mit dessen Absprache absetze. Bei eigenmächtigem Absetzen von ärztlichen Medikamenten übernehme ich (der Patient) die volle Verantwortung.

5. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir eine gestellte Rechnung nicht mehr ändern können. Falls Sie Fragen zur Rechnungsstellung haben, sprechen Sie uns bitte vorher an.

Wenn Sie damit einverstanden sind, **freue ich mich auf eine gute Zusammenarbeit!**

Egling, den

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten