AUFNAHMEBOGEN:

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um eine möglichst effektive Therapie/Behandlung gewährleisten zu können, ist es von essentieller Bedeutung, dass Sie nachstehende Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen und vollständig beantworten. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt! (Schweigepflicht)

Patient:

Name **Vorname** **Geburtsdatum**

Adresse:

Straße, Nr. **PLZ** **Ort**

Telefonnr.:

Privat **geschäftlich** **Handy** **e-mail**

Beruf: Fühlen Sie sich dort wohl? ☐ unwohl? ☐

Hobbies v.a. Sportarten und auch Konzentrations-/Denksportarten: _____

Krankenkasse/ Versicherung _____

Zusatzversiche-rung/Beihilfe _____

Größe, Gewicht: _____ cm _____ kg (Veränderungen in letzter Zeit) _____

! Mir ist bekannt, dass ich meinen Termin **24 Stunden vorher** absagen muss**,** wenn ich verhindert sein sollte. Bei unentschuldigtem Fernbleiben oder bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen, bin ich verpflichtet eine Ausfallgebühr von der Hälfte des Behandlungspreises zu zahlen.

Rechtlicher Hinweis:

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen, Zusatzversicherungen etc. oder bei einer privaten Krankenversicherungen, ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen.

Der Behandlungsvertrag kommt ausschließlich zwischen dem Patienten und der Praxis für Osteopathie* & Naturheilkunde, Inh. Michael Komm, zustande. Kostenschuldner ist daher allein der Patient. Der Patient ist allein dafür verantwortlich, sich bei der eigenen Versicherung um eine Kostenübernahme zu kümmern. Sollte die Kostenübernahme - aus welchen Gründen auch immer - seitens der Versicherung nicht erfolgen, so berührt dies nicht die Zahlungspflicht des Patienten. Ich bitte daher um Verständnis, dass aus berufsrechtlichen Gründen daher auch keine rechtliche Beratung zur Erstattungsfähigkeit der Behandlungen erfolgen kann. Dies ist Aufgabe des Patienten, sich vorab hierüber kundig zu machen bei der eigenen Versicherung.

Ort, Datum **Unterschrift des/der Patienten/-in, ggf. des Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters**

Praxis für Osteopathie* & Naturheilkunde
***ganzheitliche Heilmethode**
Wildenwarter Str. 8, 81825 München
Tel.: 089/54 786-355, Fax: -356 Homepage: www.komm-praxis.de