

Liebe Patienten,

Sehr gerne heißen wir Sie in unserer Privatarztpraxis für Allgemeinmedizin, Moderne f.x. mayr Medizin, Naturheilverfahren und Psychotherapie ganz **Herzlich Willkommen**.

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, die unten aufgeführten Fragen zu Ihrer Person zu beantworten und **zu unterschreiben**.



dr. med.
gesine petereit M.A.
praxis für individualisierte medizin

fachärztin für allgemeinmedizin
naturheilverfahren
psychotherapie
homöopathie
master für kulturwissenschaften &
komplementäre medizin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse / Telefon E-Mail (wenn gewünscht)	
Krankenkasse (Name)	Privat: Gesetzlich:
Behandelnder Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)	
Welche Beschwerden haben Sie zum Besuch veranlasst?	
Vorerkrankungen, Operationen/Narben Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis B, C, HIV)	
Aktuelle Medikation+Dosierung Seit wann? (Bitte teilen Sie uns zukünftige Veränderungen Ihrer Medikation gerne persönlich zu Ihren Terminen mit)	
Allergien, ggf. Pass zur Kopie vorlegen	
Zahnstatus (fehlende Zähne, Implantat etc. pp., Röntgenbild)	
Besondere Ernährungsgewohnheiten	
Größe und Gewicht	

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass die Erstattung der erbrachten Leistungen durch Ihre private Krankenversicherung sowie Beihilfestelle, nicht in unserer Verantwortung liegt und nicht immer, insbesondere wenn es sich um naturheilkundliche Therapien handelt, gewährleistet ist. Eine Verrechnung mit Ihrer privaten KV obliegt Ihnen selbst und Erstattungsansprüche bestehen nicht. **Die Höhe des ärztlichen Honorars richtet sich nach §5 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, 1,8-max. 3,8facher Satz)**. Davon abweichendes Honorar wird nach dem erforderlichen Zeitaufwand sowie den besonderen Umständen der Therapie festgelegt. Sie können sich Ihre Rechnung nach der Behandlung auch in der Praxis aushändigen lassen und mit EC-Karte begleichen. Sie können jedoch die Kosten nach dem Urteil des Bundesfinanzhofes (BFH) mit Urteil vom 02.09.10 (Az VI R 11/09) als „außergewöhnliche Belastung“ von der Steuer absetzen.

Um Ihre Behandlung in Ruhe und ohne Zeitdruck durchführen zu können, bitten wir Sie, Ihre vereinbarten Termine einzuhalten bzw. sie rechtzeitig abzusagen (bis 48 Stunden vorher). Laut §25 BGB stellen wir Ihnen ansonsten ein Ausfallhonorar in Höhe von 70% der Kosten in Rechnung.

Gelegentlich kann es in unserer Praxis bei einer Behandlung zu einer Verzögerung kommen. Wir bitten dies vorab zu entschuldigen. Um Ihnen einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, informieren wir Sie dazu gern telefonisch. Bitte sprechen Sie dies mit unserem Personal ab.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner o.g. Angaben und erkläre meine Kenntnisnahme sowie mein Einverständnis zu den genannten Informationen und erkläre mich bereit die Kosten für meine Behandlung vollumfänglich unabhängig von jeglicher Erstattung seitens meiner Krankenkasse zu übernehmen.

Datum/Unterschrift: