Heilpraxis
Elisabeth Götte
Heilpraktikerin

Steilshooper Straße 178,
22305 Hamburg
040 30852533

kontakt@heilpraxis-goette.de
www.heilpraxis-goette.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie mir ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben haben. Ich werde stets bemüht sein, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Vorab noch einige wichtige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme:

In meiner Praxis werden **Termine** nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb ist ein Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 35€ in Rechnung zu stellen.

Ich weise Sie hiermit darauf hin, dass einige der Diagnose- und Behandlungsmethoden eventuell nicht Bestandteil der leider stark veralteten Gebührenverordnung für Heilpraktiker sind. Dennoch erklären Sie sich bereit, mein **Honorar** zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe. Bitte sehen Sie dies als sinnvolle Investition in Ihre Gesundheit.

Die aktuellen Behandlungspreise entnehmen Sie bitte der Webseite.

Diese Information habe ich gelesen und bin damit einverstanden:

Name	_____	Vorname	_____
Geburtstag	_____	Geschlecht	_____
Adresse	_____		
Telefon	_____	Versicherung	_____
Email	_____		

Datum, Unterschrift _____