

# PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE RAUM UND ZEIT FÜR GESUNDHEIT



**MANUELA SCHMIDT**  
HEILPRAKTIKERIN · PHYSIOTHERAPEUTIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich bedanke mich für Ihre Anmeldung in meiner Praxis für Naturheilkunde und das mir entgegengebrachte Vertrauen.  
Mit folgenden Angaben möchte ich Ihnen meine Geschäftsbedingungen vor Behandlungsbeginn erläutern und Sie über die zu Ihrer Information ausliegenden Maßnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen informieren.

Die Abrechnung meiner Leistungen entspricht einer privaten Liquidation, die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand. Vertragspartner sind Sie als Patient/in, nicht Ihre Krankenversicherung. Für Privatversicherte richtet sich die Liquidation nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme für die Erstattung keine Garantie und empfehle Ihnen, sich ggf. vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Krankenversicherung über die Kostenübernahme zu informieren. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten in der Regel keine Heilpraktikerleistungen, so dass gesetzlich Versicherte die anfallenden Kosten selbst übernehmen müssen, sofern sie nicht eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben.

Ich führe meine Praxis nach einem Bestellsystem und die mit Ihnen vereinbarten Termine werden verbindlich für Sie reserviert.  
Aus diesem Grund möchte ich Sie bitten, im **Verhinderungsfall** Ihren Termin **mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abzusagen**.  
Bitte benutzen Sie für den Fall, dass Sie mich nicht persönlich erreichen können, den Anrufbeantworter oder schreiben Sie mir eine Email.  
So habe ich die Möglichkeit, den Termin anderweitig zu vergeben.  
Ich bitte um Ihr Verständnis, dass **nicht oder zu spät abgesagte Termine** als Praxisausfallkosten nach BGB/ § 252 in Höhe der Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden.

Name..... Geb. : .....

Anschrift.....

Telefon..... Mobil..... eMail.....

Ich akzeptiere die Geschäftsbedingungen und habe die Informationen zu den Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen.

Lübeck, den..... Unterschrift.....