

Einverständniserklärung (Kinder)

Patient

Nachname:.....

Vorname:..... m w

Name von Mutter und Vater

Straße:

PLZ/Wohnort.....

Geb. am:.....

Telefon:.....

Handy:.....

Kinderarzt:.....

Krankenkasse:

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind mitversichert / versichert? Bitte zutreffendes ankreuzen, nachträgliche Änderungen können wir auf der erstellten Rechnung aus technischen Gründen nicht mehr vornehmen!

gesetzlich welche Kasse?

privat welche Kasse?

Reichen Sie die Rechnung bei der gesetzlichen Kasse ein? **Ja** **Nein**

Beihilfe versichert? **Ja** **Nein**
wenn JA

beim Bund oder Land

Zusatzversicherung für Heilpraktiker ?

(nur wenn Sie gesetzlich versichert sind, ausfüllen)

Reichen Sie dort die Rechnung ein?

Ja **Nein**

Reichen Sie die Rechnung bei Ihrer **Beihilfe-** oder **Privatversicherung** ein?

Ja **Nein**

Seit dem 01.01.2013 bezuschussen teilweise die gesetzlichen Krankenkassen die Behandlung von Heilpraktiker / Osteopathen. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Erstattungsmöglichkeiten vorhanden sind.

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben sich für eine osteopathische Behandlung von einem Heilpraktiker für Ihr Kind entschieden. Unabhängig von der Höhe einer möglichen Erstattung durch die Krankenkasse, erklären Sie sich hiermit einverstanden, die Vergütung für die Behandlung selbst zu übernehmen. Die Behandlungskosten beziehen sich **nicht auf die Dauer der Behandlung** sondern auf eine osteopathische Behandlung.

Das Informationsblatt über Osteopathie und deren möglichen Risiken haben Sie gelesen und zur Kenntnis genommen.

Wir bitten Sie, sofern ihr Kind einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Std. (werktags) vor der Behandlung abzusagen. Wir sind eine Bestellpraxis und vereinbaren ausschließlich Exklusivtermine. Unentschuldigte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit einer Ausfallgebühr von 80,- € in Rechnung gestellt, wobei dem Patienten der Nachweis vorbehalten wird, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist. Wir bitten um Ihr Verständnis dafür.

Wir bitten dafür um Ihr Verständnis.

Ihr Praxisteam

Kronberg, den.....

(Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten)

Seite 1 - bitte wenden -