

Manja Paul

Heilpraktikerin

Schloßstr.6 • 02730 Ebersbach

Tel. 0174 / 92 98 739 • info@manja-paul.de

Vorname Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Termine

Meine Praxis wird nach einem Terminsystem geführt. Dadurch sollen Ihnen nur geringe Wartezeiten entstehen und ich kann Sie und Ihr Kind in der für Sie reservierten Zeit behandeln. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, so müssen Sie mindestens 24 Stunden bzw einen Werktag vorher absagen.

Dies geht auch außerhalb meiner Telefonsprechzeiten auf meinem Anrufbeantworter. Anderenfalls muss ich Ihnen die ungenutzte Zeit in voller Höhe der geplanten Sitzung in Rechnung stellen.

Kostenübernahme

Private Kranken- und Krankheitskostenzusatz-Versicherungen erstatten Behandlungskosten tarifabhängig ggf. ganz oder teilweise. Klären Sie die Erstattungsmodalitäten bitte mit Ihrer Versicherung.

Das Honorar für die Sitzungen ist unabhängig von einer eventuellen Erstattung zu entrichten.

Honorar

Bis 60 Minuten Therapie: 90,00 Euro Telefonate und Schriftwechsel über 10 Minuten:
je angefangene Viertelstunde 20,00 Euro

Befundauswertung / Erstellung Therapieplan: nach Zeitaufwand

Bezahlung: erfolgt nach jeder Sitzung in Bar oder per EC - / Kreditkarte.

Schweigepflicht

Manja Paul unterliegt der Schweigepflicht.

Verfahren

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass einige der von mir angebotenen Verfahren zur Diagnostik und Therapie von der Schulmedizin nicht als wirksam anerkannt sind, da wissenschaftliche Wirkungsnachweise nach schulmedizinischen Standards bisher noch nicht oder nicht hinreichend erbracht worden sind. Diese Verfahren stützen sich jedoch auf die jahrelange Erfahrung von Therapeuten und Anwendern.



Patientenerklärung Datenschutz:

Durch Unterschrift wird bestätigt, eine Kopie dieser Vereinbarung sowie ein Exemplar der »Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung« erhalten zu haben und hierzu die Einwilligung zu erklären.

Ort, Datum

Unterschrift Patient