



Behandlungsvertrag / Einverständniserklärung
zwischen

Privatpraxis für Naturheilkunde und Regulationsmedizin

Dominik Greven - Arzt

Im Löwental 72 - 45239 Essen-Werden

Tel. 0201 - 170060 - mail@Naturheilaerzte-Greven.de

und

Name und Vorname des Patienten

Name des Hauptversicherten

Krankenversicherung

Geburtsdatum des Patienten

PLZ, Wohnort

Strasse, Hausnummer

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, das Patientenmerkblatt und die Abrechnungshinweise erhalten zu haben. Ich habe deren Inhalt zur Kenntnis genommen, verstanden und bin mit den Regelungen einverstanden. Ich bin umfassend über die Diagnostik und Therapieverfahren und deren Abrechnung aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen oder Einwände.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatrechnung erhalten werde und selbst bezahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung/Beihilfestelle/Krankenkasse die Erstattung meiner Arztrechnung oder der Laborrechnungen ganz oder teilweise ablehnen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlungskosten auch im Falle einer Nichterstattung durch die Krankenversicherung in vollem Umfang durch mich zu bezahlen sind. Dies gilt auch für die durch die Anwendung analoger Bewertungen entstehenden Kosten.

Eine Forderungsabtretung an Dritte ist nur in beiderseitigem Einverständnis gestattet.

....., den

.....

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten