

## Anmeldung zur Behandlung

Name: .....

Telefon Privat: .....

Vorname: .....

Telefon Mobil: .....

Geburtsdatum: .....

E-Mail: .....

Straße, Hausnr.: .....

Krankenkasse: .....

PLZ Wohnort: .....

behandelnder Arzt: .....

**Versicherungsstatus:**     privat versichert                       Beihilfe versichert                       private Leistung

### Zahlung und Terminabsagen

Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher persönlich, telefonisch oder per E-Mail (training@abankwa.de) absagen. Sage ich einen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir der jeweilige Bruttobetrag gemäß § 615 BGB privat in Rechnung gestellt wird. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht.

Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenkassen oder Beihilfestellen ersetzen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das rechts genannte Honorar an.

X.....

Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/  
des gesetzlichen Vertreters

### Haftung

Die Haftung der Praxis für Sach- und Vermögensschäden wird für Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

X.....

Unterschrift wie oben

### Datenweitergabe

Die heute umseitig abgedruckte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

X.....

Unterschrift wie oben

### Honorar

| Leistung | Honorar |
|----------|---------|
| .....    | ..... € |
| .....    | ..... € |
| .....    | ..... € |
| .....    | ..... € |

### Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber:

.....

X.....

Unterschrift wie oben

### Aufklärung und Einwilligung

Ich bin zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

**Insbesondere bin ich auf Folgendes hingewiesen worden:**

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

X.....

Datum / Unterschrift wie oben