



Mana Ilona Böttcher
Heilpraktikerin

Name, Vorname.....

Str./Nr

PLZ/Ort

Geburtstag

Beruf/Tätigkeit.....

Kontaktperson.....

Telefon/Mobil.....

e-mail

Krankenkasse:

Privat

Gesetzlich

Heilpraktiker Zusatzversicherung:

ja

nein

Größe.....

Gewicht..... Blutdruck...../.....

Welche Vorerkrankungen gibt es?

An die weibliche Patientin: Sind Sie schwanger?

ja

nein

Wurden Sie innerhalb der letzten 6 Monate operiert?

ja

nein

Wenn ja, wann und woran wurden Sie operiert? (auch der Kaiserschnitt gilt als OP)

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja

nein

Haben/hatten Sie eine Nierenschwäche/Nierenerkrankung?

ja

nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, folgende:.....

Haben Sie Verdauungsbeschwerden?

ja

nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmflora/Mikrobiom-Stuhlanalyse durchgeführt?

ja nein

Bitte kreuzen Sie an was zutreffend ist:

- Völlegefühl n. d. Essen Übelkeit n. d. Essen Blähbauch
 - Sodbrennen Vermehrt Aufstoßen Appetitlosigkeit
 - abgehende Winde übelriechend abgehende Winde geruchsneutral
 - Verstopfung Tendenz zu weichen Stühlen
 - Durchfall Wechsel von Durchfall und Verstopfung Hämorrhoiden
 - Stuhlgang täglich Stuhlgang alle 2-3 Tage
 - Gastritis Magengeschwür
 - Sonstiges
-

Behandlungsvertrag

a) Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische, heilkundliche Behandlung des Patienten.

b) Falls Sie einen Folgetermin nicht wahrnehmen können, muss dieser bitte 24 Std. vorher abgesagt werden, damit dieser Termin wieder vergeben kann. Bei Nichteinhaltung dieser Vereinbarung, wird der Behandlungstermin voll in Rechnung gestellt.

c) Ich bin von Frau Böttcher über die Behandlung und die damit verbundenen Honorarkosten, nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, aufgeklärt worden. Das Honorar wird direkt im Anschluss mit EC Karte gezahlt oder bei gewünschter Kassenabrechnung per Überweisung nach Erhalt der Rechnung, laut Zahlungsziel, beglichen. Es ist mir bewusst, dass die Kosten von meiner Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden und zahle die anfallenden Honorarkosten als Privatleistung.

.....
Datum

Unterschrift Patient