



CENTRUM FÜR OSTEOPATHIE
ULRIKE ZIEGLOWSKI · HEILPRAKTIKERIN

Behandlungsvertrag Mainz

Behandler(in)

.....
Bitte Behandler(in) eintragen

Name des Rechnungsempfängers:

Herr Frau

Name, Vorname des Patienten:

Herr Frau

Straße:

.....

PLZ, Ort:

.....

Geburtstag-Datum des Patienten:

.....

Telefon privat:

.....

Telefon Dienstlich:

.....

Mobiltelefon:

.....

E-Mail:

.....

Behandelnder Arzt:

.....

Empfehlung durch:

.....

Welche(r) Therapeut(in) wurde
Ihnen empfohlen?

.....

Waren Sie schon einmal bei uns
in Behandlung?

ja nein



CENTRUM FÜR OSTEOPATHIE
ULRIKE ZIEGLOWSKI · HEILPRAKTIKERIN

Krankenkassenzugehörigkeit

Privat versichert:

bei

Beihilfeberechtigt ja nein

Zusatzversichert:

bei

Gesetzl. Krankenkasse
(mit Erstattungsmöglichkeit)

bei

Gesetzl. Krankenkasse
(ohne Erstattungsmöglichkeit)

bei

- Ich habe die AGB's gründlich gelesen und stimme diesen zu.
- Ich stimme hiermit zu, dass ich die Aufklärung über die Mobilisationen und Manipulationen gelesen habe und bestätige hiermit, dass ich über die Art, den Umfang, die Durchführung, zu erwartende Folgen, aber auch die Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt worden bin.

.....
Datum

.....
Unterschrift