



CENTRUM FÜR OSTEOPATHIE

ULRIKE ZIEGLOWSKI · HEILPRAKTIKERIN

Behandlungsvertrag Mainz

Behandler(in)

☐ **Ulrike Zieglowski**, Inhaberin CFO, Heilpraktikerin

☐ **Maija Karakecba**, Freie Mitarbeiterin

☐ **Björn Nagel**, Freier Mitarbeiter, Heilpraktiker

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