



PRIVATPRAXIS FÜR  
**GANZHEITLICHE MEDIZIN**  
H A M B U R G

Dr. med. Christina Rosenfeld  
& Lina Scharlau  
Schwanenwik 26  
22087 Hamburg  
Fon: (040) 329 08 450  
Fax: (040) 329 08 451

info@Ganzheitlich-HH.de  
www.Ganzheitlich-HH.de

## Anmeldung und Honorarvereinbarung

Liebe Patienten,

Sie haben sich für unser ganzheitliches Konzept entschieden- um die nächsten Termine vereinbaren zu können, brauchen wir vorab einige Daten und das Einverständnis von Ihnen.

NAME \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ich werde hiermit darüber aufgeklärt, dass meine Krankenkasse ggf. die Kosten nicht übernimmt, und ich mich verpflichte, in diesem Fall die anfallenden Kosten selbst zu übernehmen. Ich bestätige, dass ich die Rechnung vor Ort per Karte oder in Bar bezahle und erhalte sowohl die Bestätigung dazu als auch die Rechnung. Die Rechnungserstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte.

Ich wurde ebenfalls aufgeklärt, dass ich im Falle einer kurzfristigen Absage meines Termins 100% der Kosten trage, wenn ich nicht mindestens 3 Tage vorher telefonisch oder per E-Mail absage.

Die Höhe des Honorars für die Befragung, Untersuchung, Beratung und Behandlung richtet sich u.a. nach dem zeitlichen Aufwand und kann daher nicht im voraus festgelegt werden.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Unterschrift Behandler \_\_\_\_\_  
(Dr. med. Ch. Rosenfeld/ Lina Scharlau)