

Anmeldeformular

Name, Geburtsdatum des zu Unterstützenden

Anschrift des zu Unterstützenden

Telefonnummer, E-Mail-Adresse des zu Unterstützenden

gegebenenfalls Name des Erziehungsberechtigten

Bitte ankreuzen:

1.) Heilform:

- Osteopathie für Erwachsene Osteopathie für Säuglinge / Kinder Naturheilverfahren

2.) Krankenkasse des zu Unterstützenden:

Welche?

3.) Bestätigung des zu Unterstützenden:

- Ich bin mit der Praxisordnung und dessen Inhalten einverstanden. Mir ist bekannt, dass die Praxisordnung und die Hinweise zur osteopathischen Behandlung einerseits im Wartebereich der Praxis und andererseits auf der Webseite www.osteopathiegreve.de ersichtlich sind und ich gegebenenfalls diese nachlesen kann.
- Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass Terminabsagen oder -veränderungen beidseitig schnellstmöglich erfolgen. **Vergesse bzw. versäume ich Termine werde ich diese als Verdienstausschlag in voller Höhe ausgleichen.**
- Ich bin einverstanden und willige explizit ein, dass meine personenbezogenen Daten, wie in der Praxisordnung beschrieben, gespeichert und genutzt werden sowie dass meine Gesundheitsdaten (inklusive gegebenenfalls benötigter Fotos) zur Aufnahme der Anamnese, zur Durchführung der Befunderhebung / Diagnose sowie zur unterstützenden Heilform gespeichert und genutzt werden. Ich willige ein, dass sie auch dann nach Maßgabe der jeweiligen gesetzlichen Aufbewahrungsvorschriften aufbewahrt werden dürfen, unabhängig davon, ob ich noch die für mich unterstützenden Heilformen in dieser Praxis in Anspruch nehme.
- Ich bin über die ungefähren Kosten auf Basis der Praxisordnung aufgeklärt worden. Mir ist bekannt, dass ich die erhaltene unterstützende Heilform in der Praxis, wie zum Beispiel die Osteopathie, **direkt nach der Unterstützung via Barzahlung oder sofortiger Überweisung selbst zu zahlen habe.**
- Ich weiß auch, dass evtl. Differenzbeträge gegenüber der Erstattung meiner Krankenkasse ich selbst zahle.
- Mir ist bekannt, dass die Osteopathie ausführlich auf der Internetseite www.osteopathiegreve.de aufklärend beschrieben ist. Diese Aufklärung beinhaltet auch Hinweise zur Behandlung sowie zu den Symptomen & Diagnosen, die angepasst osteopathisch unterstützt werden können. Um Risiken höchstmöglich zu vermeiden, informiere ich Rita Greve, M.Sc.Ost.,D.O. zum Beispiel im Anfangsgespräch des jeweiligen Termins über diese Symptome & Diagnosen. Des Weiteren könnte ich zusätzliche Fragen auch im Eins zu Eins Gespräch stellen.
- Ich erlaube hiermit die Unterstützung mittels Rita Greve, M.Sc.Ost.,D.O.

Ort, Datum

Unterschrift des zu Unterstützenden/
bzw. Erziehungsberechtigter

Unterschrift Rita Greve,
M.Sc.Ost.,D.O.