HEBAMMENPRAXIS Biedenkopf

Einverständniserklärung und Behandlungsvertrag (TCM)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Tel: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Behandlung mit Akupunktur, Kräutertherapie und/ oder Ernährungsberatung als Geburtsvorbereitung, bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei Problemen im Wochenbett. Ich wurde heute von der Hebammenpraxis Biedenkopf über folgende Sachverhalte zur Therapie mit Akupunktur & TCM aufgeklärt:

1. Akupunktur ist in Deutschland noch nicht uneingeschränkt anerkannt. Deswegen ist eine direkte Abrechnung mit einer Krankenkasse nicht möglich. Die Behandlungskosten werden von den privaten Krankenversicherungen und der Zusatzversicherung nach den jeweils vertraglich vereinbarten Bedingungen übernommen. Wir empfehlen dennoch eine Abklärung vor Beginn der Behandlung.

2. Die Häufigkeit einer Behandlung richtet sich immer nach dem Beschwerdebild der Patientin.
Die Dauer einer Akupunktursitzung beträgt in der Regel 20 Minuten. Die geburtsvorbereitende Akupunktur findet 5 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin einmal wöchentlich statt.

3. Die Kosten einer Akupunktursitzung belaufen sich pauschal jeweils auf 15.00 Euro.
Empfohlene Heilmittel, Tees, Kräuter und sonstige Präparate der TCM sind in den Behandlungskosten nicht enthalten.

4. Die Rechnung über die Kosten der Akupunktur wird Ihnen am Ende der Therapie per Post zugestellt. Dort entnehmen Sie bitte das Zahlungsziel und überweisen den Betrag auf das angegebene Konto.

5. Seltene Nebenwirkungen der Behandlungen können Blutungen an der Einstichstelle sein.
Eine Erstverschlechterung als Reaktion auf die Akupunktur kann, wie bei allen naturheilkundlichen Verfahren, auftreten. Dies ist jedoch nur sehr selten der Fall. Nach der Behandlung ist eine Ruhephase von 1-2 Stunden empfehlenswert.

6. Falls Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen spätestens 12 Stunden vorher ab. Ansonsten werden Ihnen die Kosten in Rechnung gestellt.

Ich bin mit den obengenannten Sachverhalten einverstanden.

_____ _____

Datum / Ort Unterschrift des/ der Patient(in)