

Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung durch ergänzende diagnostische ganzheitliche, psychologische und regulationsmedizinische Verfahren:

Spezielles Diagnose- bzw. Therapieverfahren in diesem Fall:

Kinesiologische Diagnostik / Hypno-Therapie / Klopftechnik PEP / Therapeutisches Gespräch

Ich, \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ wünsche für mich

(oder Kind: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ )

wg. Diagnose:

**Es werden an kostenpflichtigen Leistungen vereinbart:**

1. Ich wünsche zwecks ganzheitlicher Diagnostik und Therapie mit der o.g. Methode privatärztliche Behandlung
2. Die Kosten für den Ersttermin belaufen sich auf Euro \_\_\_\_\_ jene für einen Folgetermin auf Euro \_\_\_\_\_

Die o. g. Leistungen werden von Herrn Fiddike wie genannt privat abgerechnet und diese sind von mir am Termin zu bezahlen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, daß gewisse naturheilkundliche Behandlungen laut SGB V eine vertragsärztliche (gesetzliche) Leistung darstellen. Ich wünsche dennoch für die o.g. Therapie zusätzliche und kostenpflichtige Leistungen nach Nr. 2 dieser Vereinbarung. Ich bin auf die Möglichkeit, rein vertragsärztliche Behandlung (nicht mit den o.g. Methoden) in Anspruch nehmen zu können, hingewiesen worden.

Mir ist bekannt, daß die entstehenden Kosten nicht von meiner Krankenkasse erstattet werden. Ich habe somit grundsätzlich keinen Anspruch gegenüber der Kasse auf auch nur teilweise Erstattung dieser Kosten. Ich bin damit einverstanden, daß ggf. von der GOÄ abgewichen wird und falls erforderlich auch über den 3,5-fachen Satz hinaus Honorare fällig werden. Vor Ort erfolgt eine detaillierte Honorarvereinbarung nach GOÄ über die oben genannte Summe.

Sofern ein vereinbarter Anamnese- /Beratungs-Termin meinerseits nicht mind. **5 Werktage mit Praxisbetrieb** (also zuzüglich Urlaubes der Praxis) vorher per **Fax** (Sendebericht), per **Mail (Bestätigung durch uns erforderlich)** oder bei Herrn Fiddike **persönlich** abgesagt wird, wird der ausgefallene Termin voll in Rechnung gestellt. Die Summe wird unmittelbar an meinen Arzt fällig. Auch diese Ausfallkosten werden von meiner Krankenkasse nicht erstattet.

Sonderevereinbarungen:

	Termin (Datum, Zeit)	vereinbart am
<b>Erstbehandlung</b>		siehe unten
<b>Folgetermin</b>		

\_\_\_\_\_  
Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (Elternteil)