



Einverständniserklärung

Ich, _____

Name, Anschrift, Geburtsdatum

Erkläre, dass ich mit der Durchführung folgender Diagnostik- und Therapiemethoden einverstanden bin:

Colon-Hydro-Therapie

Beratung

Bluteigelbehandlung

Die durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgen aufgrund der von mir geschilderten Symptome, bzw. durch die von anderen Therapeuten bereits erhobenen Diagnosen.

Über Grund, Bedeutung und Umfang der Behandlung sowie seiner üblichen Folgeerscheinungen und mögliche Risiken bin ich heute unterrichtet worden. Erfolgsaussichten, sowie Behandlungsalternativen wurden eingehend besprochen.

Im Rahmen der Abrechnung nehme ich zur Kenntnis, dass die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel durch die gesetzliche Krankenkassen (GKV) in der Regel nicht übernommen werden. Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die private Krankenversicherer und Beihilfestellen erfolgt sehr unterschiedlich. Diese hängt u.a. vom jeweiligen individuellen Versicherungstarif ab. Es erfolgt eine Einzelprüfung durch einen Sachbearbeiter.

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu begleichen.

Würzburg, den

Unterschrift:
