

**Praxis für Naturheilkunde
Nomita Chatterjee
Zentralstrasse 32
8610 Uster**

Patientendaten

Name	_____	Beruf	_____
Vorname	_____	Telefon	_____
Geburtsdatum	_____	E-Mail	_____
Adresse	_____	Krankenversicherung	_____
PLZ, Ort	_____	Zusatzversicherung	_____

Information für Patient*innen und Klient*innen

Ich wurde von der therapierenden Person über Möglichkeiten und Grenzen der angewandten Behandlungsmethoden sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt. Gemeinsam wurden ein Behandlungsziel und ein Behandlungsplan festgelegt.

Ich wurde über die Kosten der Behandlung, über Versicherungsleistungen, Kostengutsprachen und Zahlungsmodalitäten informiert. Insbesondere wurde ich darauf hingewiesen, dass ich vor Beginn der Behandlung bei meiner Zusatzversicherung abkläre, ob die beabsichtigte Behandlung bei dieser Therapeutin/diesem Therapeuten von meiner Versicherung anerkannt wird.

Ich wurde darauf hingewiesen, eine schulmedizinische Behandlung keinesfalls ohne Rücksprache mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt abzubrechen.

Es wurden mir keinerlei Heilsversprechen gemacht.

Der Umgang mit meinen Personendaten erfolgt gemäss der aktuellen Datenschutzerklärung. Ich wurde darüber informiert, wo diese zu finden ist. Ich stimme der Bearbeitung meiner besonders schützenswerten Personendaten gemäss Datenschutzerklärung zu.

Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich mindestens 24 Stunden vorher ab, da sie sonst verrechnet werden können.

Ich habe die obigen Erläuterungen zur Kenntnis genommen und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____

Praxis für Naturheilkunde – Zentralstr. 32 – 8610 Uster – Tel. 076 536 38 77