



**Erfassungsbogen zur energiemedinischen Diagnostik und Behandlung
einschließlich Akupunktur**

Name: _____ **Akad. Titel:** _____ **GebDatum:** _____

Vorname: _____ **E-Mail:** _____

Straße: _____ **Tel.:** _____

PLZ/Ort: _____ **mobil:** _____

Geschlecht: m / w **Geburtsort:** _____ **Geburtsstunde:** _____

bei Kindern: Erziehungsberechtigter zgl. Rechnungsempfänger: _____

Krankenkasse: () Privat () gesetzlich () Ausland **Name der KrKasse:** _____

() Rechtshänder

() Linkshänder

() umerzogener Linkshänder

() Ich habe bereits Erfahrung mit Akupunktur

() Schwangerschaft: ____ Woche

➤ Ich wünsche eine energiemedinische Behandlung für mich – für mein Kind – wegen:

➤ Ich habe den **Fragebogen zur Krankenvorgeschichte** nach besten Wissen ausgefüllt und habe hierzu keine – noch – Fragen.

➤ Die Beschwerden bestehen seit ca. _____

➤ Wegen der Beschwerden habe ich bereits nachstehende Fachärzte / Kliniken / Therapeuten konsultiert

_____ in _____ Jahr: _____

_____ in _____ Jahr: _____

_____ in _____ Jahr: _____

() Ich habe wegen der Beschwerden bereits Krankengymnastik bzw. manuelle oder osteopathische Therapie erhalten.

Die Kosten für die Behandlung werden auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Nach einer umfassenden Eingangsuntersuchung erhalte ich einen Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung. Aufgrund der Vielzahl an Krankenkassen und deren individuellen Erstattungspraktiken muss selbst bei Privatkassen davon ausgegangen werden, dass energiemedinische Leistungen nicht erstattet werden.

() **Mir ist bekannt, dass ich für die Kosten selbst aufkommen muss und dass meine Krankenkasse die Kosten nicht bzw. nicht in vollem Umfang zurückerstattet.**

Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r)