



## Gesundheitspraxis 4elements

### Patientendaten

Name	_____	Strasse, Nr.	_____
Vorname	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Telefon	_____
Zusatzversicherung	_____	E-Mail	_____

### Information für 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.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Therapeuten der Gesundheitspraxis 4elements Zugriff auf meine Daten haben.

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

Ich bin damit einverstanden, dass mir meine Rechnung per E-Mail zugestellt wird. Die Therapeutin darf per SMS, E-Mail oder WhatsApp mit mir kommunizieren.

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Gesundheitspraxis 4elements, Schulhausgasse 7, 3110 Münsingen  
Stephanie Roth und Brigitte Scheurer