

## Frauenärztin – Naturheilverfahren

Davenportplatz 13 67663 Kaiserslautern  
Tel. 0631-68-588 Fax 0631-360-6899

[natuerlich@astridblank.de](mailto:natuerlich@astridblank.de)  
[www.astridblank.de](http://www.astridblank.de)

### Patientenerklärung zu Individuellen Gesundheitsleistungen auf Wunsch

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Beratung

- der Anwendung mit bio-identischen Hormonen
- Mikroimmuntherapie
- funktionelle, naturheilkundliche Beratung
- Mastzellaktivierungssyndrom (MCAS)

Als Selbstzahler möchte ich die oben genannte ärztliche Leistung als individuelle Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass es sich bei der von mir gewünschten Beratung um eine Vorsorgeleistung oder außergewöhnliche Leistung handelt, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Die Leistungserbringung der gewünschten Untersuchung(en) und deren Liquidation erfolgen direkt über die Arztpraxis. Die Abrechnung der Laborkosten erfolgt direkt über den Laborarzt. Ich habe gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse und/oder anderen Kostenerstattungsstellen keinen Anspruch auf Kostenübernahme, weder ganz, noch teilweise.

Hiermit wurde ich von meinem Arzt aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

**Diese Einverständniserklärung muss unbedingt vor Terminvergabe unterschrieben vorliegen! Bitte senden Sie uns diese Erklärung unterschrieben per Mail oder Post zu.**

**Wir weisen Sie daraufhin, dass bei nicht Einhaltung des Termins und bei einer späteren Absage als binnen 48 Std. die Kosten der Ausfallzeit der einstündigen Behandlung in Rechnung gestellt werden darf.**