



## Erklärung über die Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit, die nachstehenden Informationen in aller Ruhe durchzulesen und unsere Fragen zu beantworten. Fragen Ihrerseits beantworten wir Ihnen selbstverständlich gerne. Zum Zeichen Ihres Einverständnisses mit den nachfolgend erläuterten Modalitäten der Behandlung und Abrechnung in unserer Praxis bitten wir Sie um Ihre Unterschrift.

Name

Vorname

Titel

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail-Adresse

Versicherungsart    Privat     Gesetzlich  / Name d. Versicherung

Datum

### Wichtige Fragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, um eventuelle Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen zu können:

- 1) Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

---

---

---

- 2) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein und wenn ja, welche?  
Ja     Nein

---

---



- 3) Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeitsreaktion (z.B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel) und wenn ja, welche?  
Ja  Nein

---

---

- 4) Besteht eine Bluterkrankung / erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blaue Flecken)?  
Ja  Nein

- 5) Haben Sie Vorerkrankungen und wenn ja, welche?  
Ja  Nein

---

---

---

---

---

- 6) Besteht eine akute / chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS) und wenn ja, welche?  
Ja  Nein

---

---

- 7) Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankungen) bekannt und wenn ja, welche?  
Ja  Nein

---

---

- 8) Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?  
Ja  Nein

- 9) Wurden Sie bereits operiert und wenn ja, welche Operationen wurden wann (Jahr der Operation) durchgeführt?  
Ja  Nein

---

---

---



- 10) Tragen Sie Implantate wie Zahnimplantate, Herzschrittmacher, Gehirnstimulator oder Medikamentenpumpe und wenn ja, was genau?

Ja  Nein

---

---

- 11) Besteht eine Immunschwäche oder nehmen Sie Medikamente ein, die auf das Immunsystem wirken und wenn ja, was genau?

Ja  Nein

---

---

- 12) Ihr Körpergewicht in kg \_\_\_\_\_ Größe in cm \_\_\_\_\_

## Termine

Termine und ihre Einhaltung sind für unsere gemeinsame Arbeit wichtig: Der Erfolg der Therapie hängt wesentlich von der tatsächlichen Durchführung der vereinbarten Termine ab. Dazu ist - für Sie und für uns - eine individuelle Planung der Termine erforderlich. Um dies sicherzustellen, können Sie Ihre Ersttermine bis zu 7 Tage und die Folgetermine bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei absagen. Sofern Sie eine kurzfristigere Absage vornehmen, behalten wir uns vor, Ihnen den Terminausfall mit einem angemessenen Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

## Privatärztliche Leistung: Abrechnung und Erstattung

In der Praxis Dr. med. Maren Gruner werden ausschließlich privatärztliche Leistungen erbracht. Sie werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in ihrer jeweils gültigen Fassung abgerechnet. Gesetzliche Krankenkassen erstatten derzeit weder unsere Abrechnungen noch die von uns verschriebenen phytotherapeutischen Rezepturen.

Private Krankenversicherungen oder Einrichtungen der Beihilfe erstatten in der Regel unsere Abrechnungen einschließlich der Akupunktur, nicht jedoch in jedem Fall die von uns verschriebenen phytotherapeutischen Rezepturen und nicht die Kosten der von uns empfohlenen Nahrungsergänzungsmittel. Bei Fragen wenden Sie sich bitte vor Beginn der Behandlung an Ihre private Krankenversicherung bzw. Beihilfeeinrichtung.

Aufgrund der Vielzahl privater Versicherungstarife ist es uns leider nicht möglich, Ihnen verbindliche Auskünfte zu Ihrem individuellen Versicherungsschutz zu geben und/ oder diese zu recherchieren - wir bitten dafür um Ihr Verständnis.



## Einverständniserklärung

Den vorstehenden Text sowie die Aufklärung über Akupunktur und andere Behandlungsmöglichkeiten der TCM habe ich in Ruhe gelesen und verstanden. Ich erhalte hiervon eine Kopie. Alle Fragen sind mir umfassend beantwortet worden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich gegenüber der Praxis Dr. med. Maren Gruner:

### Therapie

Ich bin über das Wesen und die Bedeutung der Therapie sowie über mögliche Komplikationen schriftlich und mündlich aufgeklärt worden. Mit der oben erwähnten Akupunkturbehandlung sowie den dazugehörigen Behandlungsmethoden mittels Low-Level-Laser, Schröpfen, Tuina sowie phytotherapeutischen Behandlungen bin ich einverstanden.

### Kosten

Mir ist bewusst, dass ich in der Praxis Dr. med. Maren Gruner ausschließlich privatärztliche Leistungen in Anspruch nehme. Diese Leistungen sind von mir persönlich zu bezahlen, ungeachtet der Erstattungsansprüche, die ich möglicherweise gegenüber meiner Privaten Krankenversicherung oder Beihilfeeinrichtung habe.

### Apothekenwahl

Die von uns verordneten, mehrfach zertifizierten chinesischen Arzneimittel erhalten Sie in Apotheken, die auf TCM spezialisiert sind. Für spezielle, auf Sie abgestimmte Rezepturen arbeiten wir mit der Zieten Apotheke (Berlin) zusammen. Diese Arzneirezepturen erhalten Sie per Post zu sich nach Hause.

O Ja, ich bin einverstanden, diese speziell auf mich abgestimmten Rezepturen über die Zieten Apotheke zu erhalten.

O Nein, ich möchte diese speziell auf mich abgestimmten Rezepturen über eine andere, auf **chinesische Heilkräuter spezialisierten** Apotheke erhalten.

Falls nein, teilen Sie uns bitte den Namen, die E-Mail-Adresse sowie die Webseite der gewählten Apotheke mit: \_\_\_\_\_

---

Ich bin darüber informiert, dass ich die Rechnungen für Kräuter bei der jeweiligen Apotheke begleiche.



Dr. med. Maren Gruner

Traditionelle Chinesische Medizin

### Datenschutz

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich den im Wartezimmer der Praxis öffentlich ausliegenden Teil zum Thema Datenschutz nach der DSGVO gelesen habe und mit diesem einverstanden bin.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die geplante Behandlung ein.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in