

Akupunkturpraxis Peilstöcker

17291 Prenzlau, OT Schönwerder, Dorfstraße 33
Tel.: 039853 64 8 07

www.naturheilpraxis-peilstoecker.de

E-Mail: pegpei@web.de

Patientenvereinbarung

Vielen Dank für Ihr Interesse an meiner Praxis für Akupunktur. Vorab erhalten Sie hiermit einige grundlegende Informationen für Ihre Behandlung.

Wenn Sie eine Terminvereinbarung nicht einhalten können, bitte ich Sie mich spätestens 24 Std. vorher darüber zu informieren (auch am Wochenende/Anrufbeantworter). Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass ich Ihnen sonst meine Ausfallzeit in Rechnung stellen werde.

Bitte halten Sie den vereinbarten Behandlungsbeginn möglichst genau ein, d.h. auch, nicht zu früh zu kommen. Da ich eine Terminpraxis führe, halte ich keinen Warteraum für Sie bereit. Somit entstehen keine Wartezeiten für Sie.

Obwohl Komplikationen sehr selten sind, bin ich dazu verpflichtet, Ihnen diese darzulegen:

Nach einer Akupunktur kann es zur Bildung von Blutergüssen kommen und es besteht die Möglichkeit von Erstreaktionen z.B. vorübergehende Schmerzverstärkung, Müdigkeit oder Verschlechterung des Hautbildes. Nach der Reiskornmoxabehandlung kann es zur Bildung kleiner Hautbläschen kommen, die i.d.R. in wenigen Tagen komplikationslos abheilen. Sollten Sie nach der Behandlung Probleme haben, teilen Sie mir das bitte mit, damit abgeklärt werden kann, ob es sich um o.g. Komplikationen handelt oder um Symptome, die nicht im Zusammenhang mit der Behandlung stehen.

Selbstverständlich behandle ich die von Ihnen erhaltenen Informationen und Befunde vertraulich (Schweigepflicht) und unterstehe auch der arztgleichen Sorgfalt.

Für Fragen stehe ich Ihnen gern telefonisch zur Verfügung. Ich bin von Montag bis Freitag zwischen 7:30 Uhr und 9:00 Uhr erreichbar. Ansonsten hinterlassen Sie bitte eine Nachricht mit Rückrufnummer und günstiger Rückrufzeit auf meinem Anrufbeantworter. Ich melde mich dann baldmöglichst bei Ihnen zurück.

Um zielorientierte Therapieerfolge zu erreichen, setze ich voraus, dass Sie meine fachlichen Empfehlungen beherzigen, sei es in der Lebenspflege, Ernährung, Heilmittelaufnahme oder den Behandlungsrhythmus. Bei ungenügender Unterstützung ihrerseits, behalte ich mir vor, die Therapeuten/Patienten-Beziehung zu beenden.

Aus hygienischen Gründen bringen Sie bitte zu jeder Behandlung eine saubere Auflage für die Behandlungsliege (gr. Handtuch) mit.

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der o.g. Vereinbarung einverstanden bin. (Vorname, Name)

wohnhaf in:

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

.....
Datum

.....
Unterschrift