



## Klientenaufklärung bei Erstkonsultation

Es freut mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen.  
Bitte lesen Sie die folgenden Informationen sorgfältig durch und füllen Sie  
entsprechende leerstehende Felder mit Ihren Angaben aus. Vielen Dank für Ihre Zeit!

Personalien:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Therapieablauf

Der erste Termin (ca. 90 Minuten) beinhaltet ein Erstgespräch sowie die Diagnostik (körperliche Untersuchung / Bioresonanz). Anhand der ersten Informationen wird ein alternativmedizinisches Behandlungskonzept mit einer individuellen Therapiestrategie erarbeitet und bei der Folgekonsultation besprochen.

Die Dauer der Folgetermine beträgt 60–75 Minuten, je nach individuellen Bedürfnissen.

### Kosten

Die Abrechnung erfolgt gemäss Tarif 590 im 5-Minuten-Takt und wird nach effektivem Zeitaufwand abgerechnet. Der Ansatz beträgt 12.50 CHF pro 5 Minuten (Stundenansatz 150.- CHF).

Für die Therapiekonzept-Erstellung werden je nach Aufwand 30–40 Minuten in Rechnung gestellt. Der Zeitaufwand für das Ausarbeiten von Laboranalysen, Rezepturen, Rücksprache mit dem Hausarzt / der Hausärztin sowie ausserterminliche Beratungen (per Telefon, Mail, etc.) wird zusätzlich verrechnet (nur bei Aufwänden ab 10 Minuten).

Bitte beachten Sie, dass alle erbrachten Leistungen von der Krankenkasse nicht übernommen werden und somit privat bezahlt werden müssen. Die Rechnung wird direkt an Sie ausgestellt.

### Terminabsagen

Terminvereinbarungen sind rechtlich verbindlich und Absagen erfolgen bis 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin. Verpasste oder kurzfristig abgesagte Termine (weniger als 24 Std. davor) werden in Rechnung gestellt (pauschal 60 Minuten). Davon ausgenommen sind Absagen / Nichterscheinen aufgrund Krankheit oder eines Unfalls.

### Schweigepflicht und Datenaufbewahrung

Alle Informationen und Gespräche werden absolut vertraulich behandelt (Schweigepflicht). Die Aufbewahrung der schriftlichen und elektronischen Patientendokumentation richtet sich nach den kantonalen Vorschriften.

### **Datenaustausch mit weiteren Therapeut\*innen / Ärzt\*innen**

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem therapiebezogenen Datenaustausch zwischen mitbehandelnden Therapeut\*innen und Ärzt\*innen zu. Der Datenaustausch erfolgt nach vorgängiger mündlicher Absprache. Meldepflichtige Erkrankungen müssen gesetzlich weitergeleitet werden.

### **Kommunikation per Mail, WhatsApp, SMS**

Die oben genannten Kommunikationswege gelten datentechnisch als unsicher. Mit diesem Schreiben wird darauf hingewiesen, dass alle mir zugesandten Informationen über diese Kanäle unter Ihrem Einverständnis und in Ihrer Selbstverantwortung versendet werden.

### **Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**

Setzen Sie keine ärztlich verordneten Medikamente ab, ohne dies mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin zu besprechen. Bitte bringen Sie mir Ihre Medikamenteneinnahmeliste zum ersten Termin mit.

---

### **Hiermit bestätige ich,**

- dass ich darüber informiert wurde, dass ich alle Leistungen selbst bezahlen muss.
- dass ich die Informationen dieses Schreibens verstanden habe.

### **Hiermit gebe ich mein Einverständnis:**

- zur Fotodokumentation der Zunge und allfällig weiterer wichtiger Erscheinungen (z.B. Wunden, Hautveränderungen, etc.).
- zum Datenaustausch zwischen mitbehandelnden Ärzt\*innen / Therapeut\*innen.
- dass die Verantwortung über den Datenaustausch per Mail, SMS, WhatsApp u.Ä. von mir selbst getragen wird.

**Mit einer Terminvereinbarung werden die genannten Geschäftsbedingungen akzeptiert.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Klient\*in: \_\_\_\_\_

(Elektronische Signaturen -> Selbst ausfüllen & unterschreiben -> Selbst signieren, oder über das Bleistiftsymbol)

(Erstelldatum: Februar 2024. Adaptiert nach Angela Keller [2023].)