



Cranio Impuls

Praxis für Komplementärtherapie
Florence Leimgruber



geprüft und
anerkannt



**EMR
ZERTIFIZIERT**

Personalien (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Strasse/ Nr.....

PLZ/ Ort.....

E-Mail.....

Handynummer.....

Zusatzversicherung.....

Notfallkontakt (Name, Tel.).....

Personalien der Eltern/ Vormund bei Minderjährigen:

Beziehung.....

Name.....

Vorname.....

Adresse.....

E-Mail.....

Telefon.....

Informationen/ Einverständniserklärung/ Datenschutzerklärung

In der Craniosacral Therapie arbeite ich partnerschaftlich mit Ihnen zusammen an Ihrem individuellen Gesundheitsprozess. Ihre Mitarbeit und Motivation sind wesentliche Bestandteile für positiv verlaufende Sitzungen. Trotz der sehr sanften Therapieform kann es vorkommen, dass Verspannungen oder Beschwerden nach den Behandlungen auftreten, da nicht jeder Körper gleich reagiert und verarbeitet. In der Regel regulieren sich die Symptome innerhalb weniger Tage von selbst. Ansonsten kontaktieren Sie mich bitte. Die Versicherung, Verantwortung und Haftung der Inanspruchnahme der Therapiesitzungen und deren Folgen sind Sache der Klientin/ des Klienten.

Ich stelle keine Diagnosen und ersetze keinen Ärztinnen-/ Arztbesuch. Ich bin auf Ihre korrekten und vollständigen Gesundheitsangaben in der Anamnese angewiesen. Ich bitte Sie, schwerwiegende gesundheitliche Probleme vorgängig medizinisch abzuklären und mir mitzuteilen, um eine sichere und zielführende komplementäre Therapie zu gewährleisten.

Ich unterstehe der Schweigepflicht, bin Mitglied beim Verband Craniosuisse, zertifiziert beim EMR und somit bei den meisten Zusatzversicherungen der Schweiz anerkannt.

- ☐ Falls Sie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ihren ÄrztInnen, aktuellen TherapeutInnen oder anderen involvierten Personen wünschen oder die Situation dafür sinnvoll ist, geben Sie bitte hier deren Kontaktdaten an. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie mich von der Schweigepflicht in diesem Verhältnis. Die Kommunikation findet jedoch stets in einem offenen Austausch mit Ihnen statt.

Funktion.....

Name.....

Adresse.....

E-Mail.....

Telefon.....

Eine Craniosacral Sitzung dauert in der Regel 60 bis 90 Minuten. Die aktuellen Kosten entnehmen Sie bitte meiner Website. Die Rechnung der ersten Sitzung bitte ich Sie, bar direkt vor Ort zu begleichen. Nachfolgende Sitzungen stelle ich Ihnen normalerweise Ende des Monats in Rechnung. Ich bitte Sie, die Rechnung pünktlich zu begleichen, da Ihnen ansonsten zusätzliche Mahnspesen verrechnet werden müssen.

Den Rückforderungsbeleg schicken Sie Ihrer Zusatzversicherung für Komplementärtherapie zu, welche Ihnen für gewöhnlich einen Teil der Kosten zurückerstattet. Bitte informieren Sie sich diesbezüglich vorgängig bei Ihrer Versicherung.

Im Verhinderungsfall bitte ich Sie, mich mindestens 24h vorher telefonisch zu informieren, da ich nicht rechtzeitig annullierte Sitzungen in Rechnung stellen muss, welche nicht von der Zusatzversicherung übernommen werden können.

Für Hausbesuche, Sitzungen mit Kindern oder komplexen Situationen bitte ich Sie, mich vorgängig für ein kurzes Erstgespräch zu kontaktieren.

Ich kommuniziere mit Ihnen per Telefon, E-Mail, SMS, Whatsapp oder Threema, je nach dem, was Sie bevorzugen. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie mir Ihr Einverständnis, dass diese Kommunikation unverschlüsselt stattfinden darf. Bitte kreuzen Sie untenstehend an, auf welchem Weg ich Ihnen Rechnung und Rückforderungsbeleg zukommen lassen darf:

☐ E-Mail (bevorzugt)

☐ Post

Sie können jederzeit von dieser Vereinbarung schriftlich zurücktreten.

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich

- mit den oben genannten Punkten einverstanden
- ausführlichere Informationen und den Datenschutz auf meiner Website entnommen und akzeptiert zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift KlientIn

.....

.....