

# Informations- und Aufklärungsbogen Selbstzahler:innen



Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

## Wichtiger Hinweis

Wellnesstherapeutische Anwendungen dienen ausschließlich der Entspannung und dem Wohlbefinden. Sie ersetzen keine ärztliche oder therapeutische Behandlung.

## 1. Zweck der Anwendung

Die Anwendung ist eine Selbstzahlerleistung und keine medizinische Behandlung. Es wird kein Behandlungserfolg geschuldet. Bei Beschwerden oder Erkrankungen ist ärztlicher Rat einzuholen.

## 2. Gesundheitsangaben

Bitte informieren Sie vor jeder Anwendung über Erkrankungen, Verletzungen, Operationen, Schwangerschaft, Allergien oder andere gesundheitliche Besonderheiten. Bei Bedarf kann die Anwendung abgelehnt oder verschoben werden.

## 3. Mögliche Reaktionen

Vorübergehende Reaktionen wie Hautrötungen, Muskelkatergefühl oder Müdigkeit können auftreten. Unerwartete Reaktionen, insbesondere auf Aromaöle, sind trotz sorgfältiger Abfrage nicht vollständig auszuschließen. Beschwerden während oder nach der Anwendung sind sofort mitzuteilen und gegebenenfalls ärztlich abzuklären.

## 4. Vergütung

Die Vergütung ist nach der Anwendung per Kartenzahlung oder – nach Vereinbarung – innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt zu begleichen.

## 5. Sonderangebote

Sonderangebote und Vergünstigungen erfolgen freiwillig. Ein Anspruch auf deren Gewährung oder Wiederholung besteht nicht.

## 6. Terminabsagen

Termine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen können bis zu 80 % des vereinbarten Preises berechnet werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.

## 7. Datenschutz

Für Terminorganisation, Dokumentation und Abrechnung werden die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeitet. Weitere Informationen enthält die Datenschutzerklärung der Praxis.

## 8. Geltungsdauer

Diese Vereinbarung gilt für alle zukünftigen Wellness therapeutischen Anwendungen bis zum schriftlichen Widerruf. Änderungen des Gesundheitszustandes sind vor jeder Anwendung mitzuteilen.

## Gesamtbestätigung

☐ Ich bestätige, die Aufklärung und Vereinbarung gelesen und verstanden zu haben. Ich habe alle relevanten Gesundheitsangaben wahrheitsgemäß gemacht, die Datenschutzinformation erhalten und akzeptiere die Regelungen zu Vergütung, Terminabsagen sowie die Geltung dieser Vereinbarung für alle zukünftigen Anwendungen bis zu meinem Widerruf.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift