

Dr. med. Augenarzt
Ort - Adresse - Telefon

Patienteneinwilligung in eine Akupunkturbehandlung von Augenerkrankungen

Name, Vorname:..... **Geburtsdatum:**

Diagnose:

Alternative Behandlungsverfahren sind in der Medizin weit verbreitet, in der Augenheilkunde jedoch noch nicht gebräuchlich. Umfangreiche medizinische Statistiken und Beweise für die Wirksamkeit fehlen deswegen.

Trotz modernster Fortschritte in der schulmedizinischen Augenheilkunde nimmt jedoch die Anzahl chronisch-degenerativen Augenerkrankungen zu.

Nach erfolgloser schulmedizinischer Therapie entschieße ich mich als Patient für eine Akupunkturbehandlung meiner Augenerkrankung, wissend, dass ein Erfolg im Sinne einer Verbesserung oder Stabilisierung meines Zustandsbildes nicht zugesagt werden kann. Trotz der Anwendung einer alternativen Therapiemethode kann sich mein Krankheitsbild auch weiter verschlechtern.

Eine Akupunkturbehandlung birgt folgenden Risiken:

Blutungen und/oder Entzündungen an den Einstichstellen,

Gefäß- oder Nervenverletzungen,

Eröffnung großer Körperhöhlen.

Über schulmedizinische und alternative Therapiemethoden bin ich aufgeklärt worden, genauso über Risiken und Nebenwirkungen.

Ich habe dies verstanden und habe keine weiteren Fragen hierzu.

Wertheim, den

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes

Dr. med. Augenarzt
Ort - Adresse - Telefon

Anschrift Patient

Ort, Datum Patient:, geb.

Rechnung Nr.

Für ärztliche Leistungen amerlaube ich mir **46,92 €** zu berechnen.

Diagnose: Akupunktur bei
.....

Datum Faktor	GO-Nr. Betrag €	Leistungsbezeichnung	Gebühr
..... 2,300	269A 46,92	Akupunktur (Nadelstichtechnik) min.20 min	20,40

je Sitzung, zur Schmerzbehandlung

Rechnungsendbetrag 46,92 €

Bankverbindung:

BLZ:

Konto:

Rechnungsnummer bitte immer angeben

Rechnung wurde per EDV erstellt, ohne Unterschrift gültig

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zur

Deutschen Gesellschaft für Ganzheitliche Augenheilkunde e. V.

- DGGA -

c/o Dr. med. Reinhard Küstermann, Hospitalstr.8, 97877 Wertheim

Telefon 09342-23407 Telefax 09342-21763

Ab: _____

Name : _____

Vorname : _____ geboren am: _____

Titel : _____ Beruf: _____

Interessengebiet: _____

Zertifizierte, bereits erlangte Fortbildung: _____

beruflich

privat

Anschrift : Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon : _____

Telefax : _____

E-Mail : _____

Ich zahle einen Mitgliedsbeitrag p. a. in Höhe von

Euro

Bitte stufen Sie sich selbst ein.

Der Beitrag ist festgesetzt

- für natürliche Personen auf mindestens 105,00 €

- für natürliche Personen in der Ausbildung auf mindestens 52,00 €

Satzungsgemäß zahle ich den vollen Beitrag im Eintrittsjahr und auch im Jahr meines evtl. Austritts.

Mein Mitgliedsbeitrag soll eingezogen werden von meinem Konto Nr.: _____

bei _____ BLZ: _____

Die Vereinssatzung habe ich erhalten : Ja Nein

Ich bitte um Übersendung der Vereinssatzung: Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich mit meinem Beitritt zur „DGGA“ automatisch Mitglied in der „Ärztegesellschaft für Erfahrungsheilkunde e. V.“ in Heidelberg werde.

_____, den _____

Eigenhändige Unterschrift