Praxis für Homöopathie
Patricia Keller

Datenblatt

Vorname: **Name:**

---------- ----------

Strasse: **PLZ/ Ort:**

---------- ----------

Telefon: **Email:**

---------- ----------

Geburtsdatum: **Zusatzversicherung:**

---------- ----------

Vorname und Name des Erziehungsberechtigten:

---------- ----------

Termine, welche nicht mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, können Ihnen verrechnet werden.

Als Homöopathin unterstehe ich der beruflichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Rechnungen

- o Ich bin einverstanden, meine Rechnungen via unverschlüsselte Mail zu bekommen.
- o Ich möchte meine Rechnungen per Post erhalten.

Kommunikation

- o Ich möchte nur mündlich kommunizieren.
- o Ich möchte via übliche Kommunikationskanäle kommunizieren, auch wenn sie nicht speziell verschlüsselt sind.

Videoaufnahme

- o Ich bin einverstanden, dass die Konsultation auf Video aufgenommen wird. Die Aufnahmen werden ausschliesslich für den internen Gebrauch genutzt.
- o Ich möchte das nicht.

Ich bestätige, dass die obenstehenden Angaben richtig sind und ich mit den Bedingungen einverstanden bin.

Datum, Ort: **Unterschrift:**

---------- ----------