

# HONORARVEREINBARUNG

## Kosten:

Der vorgegebene Gebührenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen ermöglicht keine adäquate Vergütung der zeitaufwendigen und gesprächintensiven homöopathischen Therapie. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt deshalb auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Erstanamnese (Dauer mind. 2 Stunden) incl. der Ganzkörperuntersuchung wird zwischen €155,53 (2,3-fach) und max. €236,67 (3,5-fach), die Folgeberatungen und Untersuchungen je nach Zeitaufwand zwischen €10,- bis €100,- berechnet.

Von den Privatkassen werden die Kosten meistens vollständig erstattet. Eine Abrechnung über gesetzliche Krankenkassen ist leider nicht möglich. Bei Anträgen an Ihre Krankenversicherung auf Übernahme der Kosten unterstütze ich Sie selbstverständlich gerne.

Hiermit erkläre ich, dass ich eine Behandlung nach den Regeln der Klassischen Homöopathie wünsche und die Honorarvereinbarung zur Kenntnis genommen habe.

Es ist mir bekannt, dass Erstanamnese-Termine, die nicht spätestens 3 Tage vorher abgesagt werden, mit der Hälfte des vereinbarten Betrages in Rechnung gestellt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Patient/Erziehungsberechtigter

# SPRECHZEITEN

Sprechzeiten und  
Hausbesuche: nach Vereinbarung

Telefonische  
Sprechzeiten: mo -do 9.00-10.00 h  
16.00-17.00 h  
fr 11.00-12.00 h  
sowie nach Vereinbarung.

In Notfällen jederzeit!

# IHR ERSTANAMNESE - TERMIN

## Erstanamnese - Termin

für \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

um \_\_\_\_\_ Uhr

Wichtig: Bitte bringen Sie zu unserem Erstgespräch unbedingt mit:

- evtl. vorhandene Unterlagen über bisher erfolgte Untersuchungen und Behandlungen
- ein aktuelles Foto
- Bei Kindern das gelbe Untersuchungsheft + Impfpass



DR. MED.  
ANKA HABERLAND

Adresse: Hauptstraße 8  
82140 Olching

1. Stock  
Eingang bei  
Sanitätshaus Müller

Telefon Praxis: 08142 / 44 22 04  
Telefon privat: 089 / 89 02 77 05  
www.haberland-homöopathie.de

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Sie haben sich bzw. Ihr Kind bei mir zu einer homöopathischen Behandlung angemeldet. Soweit es Ihre Erkrankung, bzw. die Ihres Kindes zulässt, werde ich Sie bzw. Ihr Kind ausschließlich im Sinne der "Klassischen Homöopathie" behandeln.

Als einführende Lektüre in diese Therapieform kann ich Ihnen das Buch "Medizin der Zukunft" von Georgos Vithoukas, erschienen im Georg Wenderoth Verlag, bzw. "Der sanfte Weg" von Gerhard Risch, Verlag Müller und Steinicke, empfehlen.

Da ich Ihnen für Ihre Erstanamnese einen Zeitraum bis zu 2 Stunden freihalte, bitte ich Sie um pünktliches Einhalten des Termins.

Die letzte Seite dieses Faltblattes trennen Sie bitte ab und senden sie unterschrieben als Anmeldebestätigung und Einverständniserklärung bald- möglichst zurück.

Danke für Ihr Bemühen!

**Homöopathie**

... ist eine ganzheitliche Heilmethode, d.h sie behandelt immer den ganzen Menschen.

Sie regt gezielt die Selbstheilungskräfte im Organismus an und unterstützt den Patienten bei seiner Genesung, damit ein gesundes Gleichgewicht von Körper, Geist und Seele erreicht wird und langfristig erhalten bleibt.

Deshalb steht zu Beginn der Behandlung eine ausführliche Patientenbefragung, die Erstanamnese. Nach dem möglichst vollständigen und sorgfältigen Erfassen von Körper-, Geist- und Gemütssymptomen wird ein individuell passendes Arzneimittel nach dem Ähnlichkeitsprinzip ausgewählt.

**Unterstützt und ergänzt**

...werden kann die homöopathische Behandlung durch weitere ganzheitliche Maßnahmen wie z.B.

- homöopathische Eigenbluttherapie
- mikrobiologische Therapie (Darmsanierung, Symbioselenkung)
- naturheilkundliche Therapieformen

Ferner berate ich Sie gerne bei Fragen zur Ernährung und Impfung und führe auch Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern durch.

Dieser Teil ist für Ihre Unterlagen bestimmt

**Anmeldung zur homöopathischen Erstanamnese**

für \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Termin \_\_\_\_\_  
Uhrzeit \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

**Bei Kindern:**

Telefon \_\_\_\_\_  
Telefax \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
Versicherter \_\_\_\_\_  
Gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_

Diesen Teil senden Sie bitte zurück!