

**Ausgleich und Honorarvereinbarung  
gemäß § 630 c Absatz 3 BGB**

Name und Vorname der Patientin/des Patienten,

Anschrift

\_\_\_\_\_

und

Beate Edith Römlein, Praxis im Gärtnerhöfle, Tiroler Straße 10, 87600 Kaufbeuren

Ich wünsche, durch die/den behandelnde(n) Heilpraktiker/in die folgenden Leistungen in Anspruch zu nehmen:

Sensitive Resonanztherapie/Familienstellen/Naturheilkunde

Ich vereinbare hierfür ein von der GebüH abweichendes Honorar über

60,- Euro/Stunde (max. 90` Minuten) bzw. > 90 Minuten 45,- Euro/Stunde  
Sowie Telefonberatung 45,- Euro/Stunde

Die voraussichtlichen Kosten der Behandlung betragen ca./zwischen 75,- und 120,-Euro  
pro Behandlungssitzung.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende  
Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten  
Leistungen.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht (vollständig) erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag in  
jedem Falle von mir selbst zu tragen ist.

Datum:

Datum:

Ort:

Ort:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Beate Edith Römlein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Patient/in