

Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchtstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchtstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
- IBAN..... BIC**
- Kontoinhaber:**

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

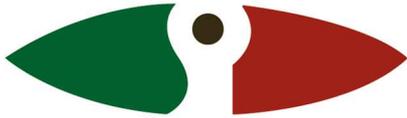
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

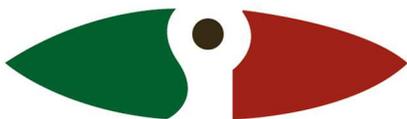
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchtstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchtstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

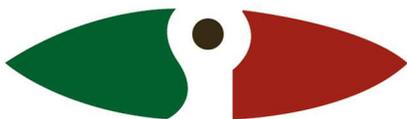
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

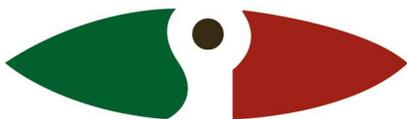
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

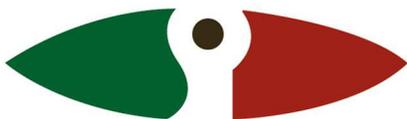
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

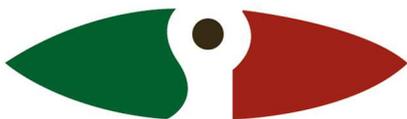
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

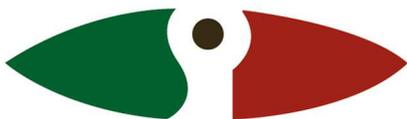
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

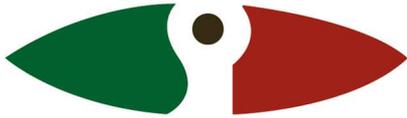
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

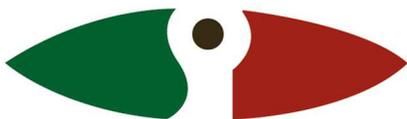
(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)



Aufnahmevertrag / Anmeldung

Hiermit bitte ich..... (Name, Vorname)

.....(PLZ/Wohnort, Straße/ Nr.)

Geburtsdatum: Beruf:..... Email:

Tel.-Nr.: Handynummer:.....

**um Aufnahme in die
Privatlinik Dr. Blohm, Kirchenstraße 6-8, 25821 Breklum
Tel.: 04671-942 18 14 * Fax: 04671-943 63 53 * Mail: info@hypnose-klinik.com**

Ich möchte gern anreisen und buche einen Aufenthalt

vom bis (bitte Datum eintragen)
(bitte hier die Länge der Zusage Ihres Kostenträgers eintragen, wenn bekannt)

1. Therapeutische Leistungen stationär und ambulant:

- Ich buche die Abrechnung der therapeutischen Leistungen nach **Einzeltarifliste** analog der gültigen GOÄ. Ich bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich die **Gebührenordnung** der Privatlinik Dr. Blohm anerkenne. (eine Kopie dieser Gebührenordnung können Sie im Internet auf **www.Hypnose-Klinik.com** einsehen und ausdrucken oder in der Verwaltung jederzeit gerne per Mail, Fax oder Telefon unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern).

2. Unterbringung:

- Ich buche die Unterbringung in den stationären Zimmern der **Privatlinik Dr. Blohm**. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro pro Tag für die Unterkunft, inklusive Vollverpflegung**.
- Ich möchte eine **eigene Unterkunft auf eigene Kosten** buchen.

Die Wahl der Unterbringung gilt für den gebuchten Aufenthalt und verlängert sich bei einer geänderten Verweildauer unverändert. Änderungen bedürfen der schriftlichen Zustimmung.

Die genannten Preise beinhalten die seit dem 01.01.09 gültige und gesetzlich vorgeschriebene MwSt.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir gemäß Punkt 1, (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt und ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der **Privatlinik Dr. Blohm**, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn **Dr. med. Wolfgang Blohm**, zu. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Rücksprache mit den Therapeuten, einer digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen auf eigenen Medien. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Es wird Ihnen **pro Kalenderwoche die detaillierte Rechnung** zu Ihren Anwendungen in der Privatlinik Dr. Blohm, gemäß Punkt 1, ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Kostenträger *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Da **Alkohol sowie Drogen und andere Suchstoffe** die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden können, erkläre ich mit meiner umseitigen Unterschrift, dass der Genuss alkoholischer Getränke sowie die Einnahme von Drogen sowie anderen Suchstoffen während der Dauer der Behandlung in allen Räumen und auf dem Grundstück der Privatlinik Dr. Blohm unterbleibt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auffälliges Verhalten durch oben genannte Substanzen zum Therapieabbruch führen können. Ein ärztliches **Beratungsgespräch** kann bei dieser Problematik vor Antritt der Behandlung mit **Dr. med. Wolfgang Blohm** persönlich geführt werden, um die **Voraussetzungen für eine Behandlung** in der Privatlinik Dr. Blohm zu besprechen. Eventuell muss eine vorherige Maßnahme in einer anderen Klinik oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, um die Bedingungen für eine Behandlung an unserem Haus zu ermöglichen.



Zu Beginn einer jeden Kalenderwoche zahle ich die erbrachten therapeutischen Leistungen gemäß der Rechnungslegung für die Vorwoche entsprechend Punkt 3, Abs. 2, ohne Kürzung.

Zahlungswunsch: Bitte Entsprechendes ankreuzen. Sollten Sie nichts ankreuzen, setzen wir prioritär EC Zahlung mit PIN, alternativ Barzahlung voraus.

- ec-Karte mit PIN** – bitte prüfen Sie den aktuellen täglichen Verfügungsrahmen für Ihre EC Karte!
- bar**
- per Bankeinzug: Name der Bank**
IBAN..... BIC
Kontoinhaber:

4. Absage / Rücktritt von Buchungen:

Die Nichtinanspruchnahme bestätigter Buchungen für Behandlung und Unterkunft befreit nicht von der Zahlungspflicht, **sofern nicht ein Verschulden durch die Privatklinik Dr. Blohm** vorliegt.

Eine Absage für einen gebuchten Aufenthalt ist **kostenfrei bis 3 Kalendertage** vor dem reservierten Anreisedatum möglich.

Eine Absage der Buchung mit Frist von **weniger als 3 Kalendertagen** vor Anreise wird eine Gebühr für die Verwaltungsarbeiten in Höhe von **Euro 110,--** erhoben.

Bei Nichtanreise ohne vorherige Absage zum reservierten Zeitpunkt für eine stationäre oder ambulante Behandlung wird pauschal 75 % der Kosten für die erste Woche erhoben.

Bei vorzeitiger eigenmächtiger Abreise oder gegen ärztlichen Rat, sowie bei Therapieabbruch durch eigenes Verschulden, werden 75% der Kosten für die Woche des Abbruches (bei Abreise am Wochenende für die darauffolgende bereits eingeplante Kalenderwoche) in Rechnung gestellt.

Absagen von ambulanten Terminen können kostenfrei bis 24 Stunden vor dem Termin erfolgen. Für Absagen, die am gleichen Tag des eingetragenen Termins erfolgen, werden diese mit der regulären Gebühr abgerechnet.

Durch Unterschrift unter diese Erklärung gilt das Einverständnis zu den oben genannten Punkten sowie zu den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen

Gerichtsstand ist Breklum.

Antragsteller

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Gesetzlicher Vertreter – falls zutreffend

(Ort/Datum)

(Unterschrift)