

Patienteninformation

Sehr geehrte(r) Frau/Herr.

besten Dank für Ihre Anmeldung zur Bioresonanz-Therapie mit dem BICOM-Gerät. Als Termin wurde für Sie der..... in meiner Praxis reserviert. Bitte halten Sie den Termin unbedingt ein. Sollte es erforderlich sein, einen anderen Termin zu vereinbaren, rufen Sie bitte umgehend an.

Sollten Sie unentschuldigt den Termin nicht wahrnehmen, müsste ich Ihnen die mir hierdurch entstehenden Kosten in Rechnung stellen.

Die BICOM Resonanz-Therapie (BRT) ist ein kybernetisches Verfahren im ultrafeinen Bioenergie-Bereich. Sie wird von der naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin (noch) nicht anerkannt. Deshalb könnte es mit einer privaten Krankenversicherung oder einer Beihilfefestsetzungsstelle zu Kostenerstattungsproblemen kommen. Die BRT ist auch keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Behandlung und Testung muss daher in jedem Falle privatrechtlich erbracht und darf nicht über die Versicherungskarte abgerechnet werden. Nach der Behandlung erhalten Sie eine Honorar-Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die nach §611 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), unabhängig von einer evtl. späteren Kostenerstattung, zu begleichen ist.

Durch Satzungsregelungen können Krankenkassen aber eine Kostenerstattung auch der BICOM-Resonanz-Therapie ganz oder teilweise vorsehen. Erfahrungsgemäß werden auch Kostenerstattungen aus Kulanzgründen vorgenommen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Bei der Überprüfung der Kostenerstattung könnte Ihnen eine ärztliche Bescheinigung nützlich sein. Diese stelle ich Ihnen gerne aus. Ich bitte um Verständnis, dass hierfür Verwaltungskosten von 15€ in Rechnung gestellt werden müssen. Wenn Sie eine ärztliche Bescheinigung wünschen, fragen Sie bitte danach.

Die Höhe des ärztlichen Honorars richtet sich nach §5 Abs 2 der Gebührenordnung für Ärzte. Das Honorar wird nach dem erforderlichen Zeitaufwand sowie den besonderen Umständen der Therapie festgelegt.

Das Kassenarztrecht schreibt vor, dass Sie vor Beginn der Behandlung die Erklärung als Zeichen Ihres Einverständnisses unterzeichnen.

Ich bitte Sie mir durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass Sie von dem Inhalt dieser Patienteninformation Kenntnis genommen haben und die Behandlung mit der BICOM Resonanz-Therapie wünschen.

Übersicht Therapiekosten

A385	Bicom Suchtest mit Tensor	39,90€
A386	Bicom Nachtstung	15,00€
A268	Bicom Grundtherapie	11,37€
A497a	Bicom Folgetherapie, Ausleitung von Allergenen	29,48€
A497b	Bicome Folgetherapie, allgemeine Toxinausleitung	19,23€
A497c	Bicom Mikromagnetfeldbehandlung	10,00€

Erklärung

Ich möchte anstelle der vertragsärztlichen Versorgung von Dr. med. Tichy-Bernhard privatärztlich mit der BICOM Resonanz-Therapie behandelt werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine von mir zu begleichende Privatliquidation erhalten werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten