

Behandlungsvertrag zwischen obenstehender Praxis (nachfolgend HP genannt)

Und

Name, Vorname

Geburtsdatum

§1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische, heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlungen des HP umfassen unter anderem auch wissenschaftlich/ schulmedizinisch nicht anerkannte naturkundliche Heilverfahren. Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz gegeben wird.

§2 Behandlungshinweis

Es wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung des HP eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der HP unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem HP aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.

§3 Honorar

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand des Heilpraktikers. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 80€ für ca. 60 Minuten. Das Honorar ist sofort fällig und muss im Anschluss an die Behandlung in bar oder innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsstellung überwiesen werden. Die Honorarabrechnung erfolgt bei privatversicherten Patienten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH).

§4 Aufklärung/ Hinweise

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten grundsätzlich keine oder nur eine anteilige Erstattung der osteopathischen Leistungen. Private Krankenversicherungen oder private Zusatzversicherungen übernehmen die Behandlungskosten nur im Rahmen des vereinbarten Tarifs. Beihilfeberechtigte können einen Teil-Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Der Patient hat die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären und das Erstattungsverfahren eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (die Rechnung) händigt der Therapeut dem Patienten aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Therapeuten gegenüber dem Patienten unberührt. Der Patient hat die Behandlungskosten unabhängig seiner Versicherung und davon, ob eine Erstattung erfolgt, selbst zu tragen

§5 Terminabsagen/ Ausfallhonorar

Der Patient ist verpflichtet Termine pünktlich einzuhalten und Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vor dem Termin abzusagen oder zu verschieben, damit der für den Patienten vorgesehene Termin noch anderweitig vergeben werden kann. Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine wird ein Ausfallhonorar von 75% des jeweiligen Behandlungshonorars in Rechnung gestellt.

Risiken der Untersuchung und Behandlung: Akute Symptomverschlimmerung, Muskelkaterähnliche Symptome, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Sensibilitätsstörungen, Lähmungserscheinungen, Veränderungen der Körperausscheidungen und des Menstruationszyklus, Hirnblutungen, Schlaganfall (1 : 2.000.000)

Kontraindikationen: Knochenfrakturen, akuter Bandscheibenvorfall, künstlicher Gelenkersatz, Osteoporose, akut entzündliche Reaktionen / Schübe an den Gelenken, Fieberhafte Erkrankungen, Tumore, Thrombose, Aneurysma, spontane Hämatombildung, implantierte Fremdkörper (Herzschrittmacher, Spirale), Kortisonbehandlung, schwere neurologische und psychische Erkrankungen, Individuelle Risikofaktoren des Patienten

Falls eine / mehrere der folgenden Kontraindikationen zutreffen, sind diese vom Patienten vor der Behandlung zu nennen.

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Praxis für Osteopathie
Maria Opelt

Heilpraktikerin &
Physiotherapeutin

Leipziger Str. 5
04575 Neukieritzsch

Telefon: 01511 7860421
Termine nach Vereinbarung

mail@osteo-opelt.de
www.osteo-opelt.de

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der oben genannten Heilpraktikerpraxis

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst. Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Ohne Einwilligung kann keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen. Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen. Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreter