

BEHANDLUNGSVERTRAG
zwischen

Praxis für Faszientherapie
Yvonne Otto
und dem Patienten

| | |
|-----------------------|---------------|
| Vorname | Nachname |
| Straße | PLZ und ORT |
| Geburtsdatum | Telefon/Mobil |
| Name der Versicherung | |
| Email Adresse | |
| Beruf | |

1- Gegenstand des Vertrages

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlungen des Heilpraktikers umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren.

2- Versprechen auf Heilung

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

3- Behandlungshinweis

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

4- Schweigepflicht

Der Heilpraktiker verpflichtet sich, über alles Wissen, das er in seiner Berufsausübung über die Patienten erhält, Stillschweigen zu bewahren. Er offenbart das Berufsgeheimnis nur dann, wenn der Patient ihn von der Schweigepflicht entbindet bzw. entbunden hat.

Ausnahme: Der Heilpraktiker ist von jedoch von der Schweigepflicht befreit, wenn er aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet ist - beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen - oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist / wird. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige.

5- Sorgfaltspflicht

Der Heilpraktiker betreut seine Patienten mit der größtmöglichen Sorgfalt. Er wendet jene Heilmethoden an, die nach seiner Überzeugung und seinem Ausbildungsstand auf dem einfachsten, schnellsten und kostengünstigsten Weg zur Linderung und ggf. zur Heilung (kein Heilversprechen) der Beschwerden führen können.

6- Aufklärungspflicht / Aufklärungsumfang

Der Heilpraktiker ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose und die Therapie, sowie die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung. Mit seiner Unterschrift unter diesen Vertrag bestätigt der Patient, dass nachfolgende Punkte umfassend besprochen wurden: Seinen Gesundheitszustand, die Art der Erkrankung, die Behandlungsmethode und deren voraussichtliche Dauer, die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen, Belastungen, Risiken und Erfolgchancen der Therapie.

7- Erstattung durch die Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen erstatten die Behandlungskosten für Heilpraktiker in der Regel nicht. Bei Privatkassen bzw. privaten Zusatzversicherung erfolgt die Erstattung von Behandlungskosten nur im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages und meist nicht alle Heilkundeverfahren. Auch wird die volle Rechnungshöhe i.d.R. nicht erstattet. Es obliegt dem Patienten sich bei seiner Krankenversicherung zu erkundigen. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Krankenversicherungsleistung und/oder -Beihilfeleistung in voller Höhe.

8- Honorarvereinbarung / Behandlungskosten

Das Honorar wird nach Behandlungseinheit berechnet. Sollte eine volle Stunde (60 Minuten) überschritten werden, wird das Honorar im ¼ Stunden-Takt (je angefangene 15 Minuten) mit € 25,00 berechnet. Das Honorar für die Behandlungen beträgt: ca € 100,00 / Behandlungseinheit.

Falls Sie eine Rechnung zur Einreichung bei Ihrer Privaten Krankenkasse benötigen, so erhalten Sie diese für meinen Stundensatz auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH).

10- Ausfallhonorar

Falls vereinbarte Therapietermine nicht wahrgenommen werden können, bitte ich Sie, diese spätestens bis **24 Stunden** vorher abzusagen. Ich bitte um ihr Verständnis, dass ich bei Nicht- oder kurzfristiger Absage ein Ausfallhonorar in Höhe von 100% der normalen Therapiestunde berechne, da Ihr Termin leider so kurzfristig nicht belegt werden kann.

11- Persönliche Patientendaten und medizinische Befunde

Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinischen Befunde des Patienten einer Patientenkartei erhoben und gespeichert werden.

Einwilligungserklärung

Ich wurde über die unter § 6 genannten Punkte (Aufklärungspflicht und Aufklärungsumfang) umfassend informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages habe ich erhalten.

Datum

Patientenunterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Name, Vorname: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis von:

Praxis für Faszientherapie und Pilates
Yvonne Otto
Lindemannstr. 11 – 82327 Tutzing

Ich bestätige,

- dass ich die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt bekommen habe.
- dass, ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung, sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
 - dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
 - Ich möchte bis auf Widerruf einen Newsletter erhalten

Ort, Datum Unterschrift

Widerrufsbelehrung Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder in Textform widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an die oben genannte Praxisadresse.