

## BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

### zwischen Heilpraxis Techant und Patient(in)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Mobil / Tel. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Empfehlung durch \_\_\_\_\_

### Elternteil (bei Minderjährigen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

Gesetzlich       Beihilfe  
 Privat             HP Zusatzversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE FÜR ERWACHSENE (nur gesicherte Diagnosen)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwanger (Woche ____)            | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> G6PDG-Mangel                    | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / Infarkt |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion          | <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Allergien                       | <input type="checkbox"/> vegetarische Ernährung     |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Beta-Blockern        | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung  | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz (DAO-Mangel) |   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                       | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung    | <input type="checkbox"/> Rheuma                          | <input type="checkbox"/> Diabetes                   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                     | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma    | <input type="checkbox"/> Arthrose                        | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall        |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose                   | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Kieferbeschwerden               | <input type="checkbox"/> Tinnitus                   |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                      | <input type="checkbox"/> Depression         | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen                | <input type="checkbox"/> Schlafschwierigkeiten      |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung            | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten  | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen                | <input type="checkbox"/> Thrombose / Lungenembolie  |
| <input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz (Albuminmangel) |   | <input type="checkbox"/> sonstiges bzw. Erläuterungen:   |   |

Gab es schon mal eine Komplikation nach einer Infusion?       Ja       Nein

Gibt es Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Lebensmittel, Medikamente, Metalle, Laktose, Gluten,...)

Nehmen Sie Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein? (z.B. Kortison, Blutverdünner, BETA-Blocker,...)

Gab es bereits schwerere Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Operationen oder künstliche Gelenke?

### ANAMNESE FÜR KINDER (bis 6. Lj.)

Entbindung       spontan       Kaiserschnitt       Saugglocke

### Angaben zur Gesundheit

- Stillprobleme       häufiges Schreien       Körperschiefhaltung       Bewegungsasymmetrien  
 Unruhe       Schlafschwierigkeiten       andere Erkrankung bzw. Erläuterungen:

## **AGB'S**

### **1 VERTRAGSGEGENSTAND**

**1.1** Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Beauftragung einer Dienstleistung (heilkundliche Diagnose und Behandlung) des Patienten (alle Geschlechter gemeint) durch die Heilpraxis Techant (nachfolgend „Praxis“ genannt). Gemäß § 611 ff. BGB gelten die folgenden „Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) als Behandlungsvertrag.

**1.2** Die grundsätzliche Zielsetzung ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten, nicht jedoch der Heilerfolg einer Krankheit. Der Patient kann die Behandlung jederzeit abbrechen.

**1.3** Der Patient ist zur Zahlung einer Vergütung verpflichtet. Die Höhe der Vergütung resultiert aus der freien Vereinbarung zwischen Praxis und Patient. Einzelheiten zur Vergütung ergeben sich aus der Honorarvereinbarung.

**1.4** Bei Minderjährigen unter 16 Jahren muss bei gesetzlich Versicherten ein Erziehungsberechtigter unterschreiben. Bei privat Versicherten muss ein Erziehungsberechtigter sogar bis zum 18 Lj. unterschreiben.

**1.5** Die Praxis ist berechtigt, einen Behandlungsvertrag ohne Angabe von Gründen abzulehnen oder zu beenden. In diesem Fall bleibt der Honoraranspruch der Praxis für die bis zur Ablehnung entstandenen Leistungen, einschließlich Beratung, erhalten.

### **2. HEILVERSPRECHEN**

Hiermit weise ich gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) ausdrücklich darauf hin, dass eine Garantie auf Heilung oder Linderung einer Erkrankung nicht gegeben werden kann. Haftungsansprüche sind daher auch für evtl. Folgen nicht abzuleiten. Bei unklarem Sachverhalt werde ich den Patienten ggf. zur Abklärung an einen Arzt verweisen. Werden von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in eigener Verantwortung.

### **3. MITWIRKUNGSPFLICHT**

Sollten Änderungen im Gesundheitszustand eintreten (neue Diagnosen, Schwangerschaft, Verschlechterungen, Operationen, etc.) müssen diese vor Beginn der folgenden Behandlung dem Therapeuten mitgeteilt werden. Sollten während oder nach der Behandlung Beschwerden auftreten, wird der Patient diese umgehend dem Therapeuten mitteilen.

### **4. HAFTUNG**

Die Praxis haftet auf Schadensersatz nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit. Die Praxis ist nicht verantwortlich für den Verlust oder die Zerstörung von persönlichen Gegenständen des Patienten, die mit in die Praxis gebracht wurden.

### **5. SALVATORISCHE KLAUSEL**

Zu allen Angaben behalte ich mir Änderungen ohne vorherige Ankündigung und Irrtümer vor. Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages ungültig sein oder werden, bleibt damit die Wirksamkeit des Behandlungsvertrages insgesamt unberührt.

## **HONORARVEREINBARUNG**

**1.** Die Rechnung erfolgt entsprechend der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) bzw. analog der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Grundsätzlich ist der Besuch beim Heilpraktiker, unabhängig vom Versicherungsstatus eine Privatleistung, somit müssen die Kosten selbst getragen werden. Der Behandlungsvertrag beruht zwischen Praxis und Patient.

**2.** Mitglieder der GKV erhalten keine Bezuschussung für einen Besuch beim Heilpraktiker.

**3.** Mitglieder der PKV müssen etwaige Differenzen zwischen dem Rechnungsbetrag und dem Erstattungsbetrag selbst tragen.

**4.** Die Bezahlung des Honorars kann am Behandlungstag per EC-Karte oder bar beglichen werden. Im Falle einer Zahlung auf Rechnung ist das Honorar innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung zu begleichen.

### AUSFALLHONOR

Der Betrieb einer Praxis ist mit hohen laufenden Kosten verbunden. Da ich nur ein bestimmtes Zeitkontingent zur Verfügung habe, muss ich zu kurzfristige Ausfälle in Rechnung stellen! Ich betreibe eine Bestellpraxis, d.h. Termine werden nur nach Vereinbarung vergeben und ein festes Zeitfenster wird exklusiv für Sie eingeplant. Das Ausfallrisiko kann nicht auf mich als Leistungserbringer übertragen werden. Der Patient bzw. die Eltern bei Kindern tragen das Risiko. Dies gilt ebenso bei Verkehrsstau, Bahnstreik oder Krankheit. **Termine können bis 12 Uhr am Vortag telefonisch oder per Mail kostenlos abgesagt werden.** Danach wird gemäß § 615 BGB ein **Ausfallhonorar in Höhe von 50 EUR** in Rechnung gestellt. Ich bitte um Verständnis und hoffe nicht davon Gebrauch machen zu müssen. Keine Kosten entstehen für Sie, wenn wir den Termin kurzfristig besetzen können, der Patient selbst für Ersatz sorgt oder unverschuldet einen Unfall erleidet.

### KOSTENBEZUSCHUSSUNG OSTEOPATHIE

Ich bin Heilpraktiker und erfülle die Voraussetzungen die den Beitritt in einen Verband für Osteopathie berechtigt. Bitte setzen Sie sich **vor** der Behandlung mit Ihrer Versicherung bzgl. einer Bezuschussung in Verbindung und besorgen sich ggf. eine ärztliche Verordnung. Folgende gesetzliche Krankenkassen haben mich bereits in ihre interne „Liste qualifizierter Osteopathen“ aufgenommen und bezuschussen meine Behandlungen.

**BIG** direkt gesund, **DAK**, **IKK Südwest**, **TK - Die Techniker**, **HKK** Krankenkasse, **KKH** Kaufmännische Krankenkasse, **BKK 24**, - **Bosch**, - **Continentale**, - **Debeka**, - **Diakonie**, - **EWE**, - **Firmus**, - **Mahle**, - **G. Seidensticker**, - **Salus**, - **SBH**, - **SBK**, - **Securvita**, - **VBU**, - **Viactiv**, - **Scheufelen**, - **Tui**, - **Pronova**, - **Voralb**, - **Wirtschaft und Finanzen**, - **R+V**, - **VDN**

**Keine Bezuschussung** erfolgt durch die **AOK**, **Barmer**, **Mercedes BKK**, **MH-Plus** und die restlichen **IKK**

### AUFKLÄRUNG OSTEOPATHIE

Bei der Osteopathie handelt es sich um eine manuelle Methode zur Normalisierung der Statik und Beweglichkeit. Sie ermöglicht es einen blockierten Nerv, ein blockiertes Gefäß wieder in Fluss zu bringen, sodass der Körper besser in der Lage ist sich selbst regulieren, selbst heilen zu können. Viele Gelenks-, Muskel-, Nerven-, sowie Organprobleme werden so ursächlich positiv beeinflusst und das körperliche und seelische Wohlbefinden gesteigert.

Je nach Indikation und körperlicher Konstitution des Patienten kommen weiche mobilisierende Techniken, sowie manipulative Impulstechniken zum Einsatz. Bei akuten Beschwerden werden 1-3 Termine, bei chronischen Beschwerden ca. 3-6 Termine empfohlen. Der Verlauf und Erfolg der Behandlung hängt von individuellen Faktoren des Patienten ab. Es ist auch nicht bei jedem Patienten eine Besserung zu erreichen, z.B. ein bereits vorhandener Schaden, kann nicht rückgängig gemacht werden. Dennoch tragen die Behandlungen einen wesentlichen Beitrag der Regeneration bei und kann die Vitalität und Lebensqualität erheblich verbessern.

**RISIKEN / KOMPLIKATIONEN / BEHANDLUNGSREAKTIONEN:** Unter Umständen kann es zu einer Erstverschlimmerung, einer Verlagerung der Beschwerden oder Muskelkater kommen. In der Regel verschwinden diese Symptome nach 1-3 Tagen wieder und nehmen mit den Folgebehandlungen für gewöhnlich ab. Sie sind ein Zeichen für den Heilungsprozess und sollten nicht zur Verunsicherung führen. Halten die Beschwerden an oder sticht es irgendwo, sollte sich der Patient nochmal in unserer Praxis oder bei einem Arzt vorstellen.

**Selten, aber grundsätzlich möglich, kann jede medizinische Behandlung, auch bei korrekter Durchführung mit einem Risiko behaftet sein und physische wie psychische Komplikationen entstehen lassen. Vom Gesetzgeber sind wir verpflichtet Patienten über die Gefahren von Manipulationstechniken aufzuklären:**

1. An der Halswirbelsäule kann es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung zu einer Schädigung der Halsschlagader (Arteria Vertebralis) führen, was die Blutzufuhr zum Gehirn dauerhaft beeinträchtigen kann (etwa in 0,64 von 1.000.000 Fällen, also weniger als 0,1 %)\*1. Dies gilt insbesondere bei bereits vorgeschädigten Gefäßen. Diese Komplikation kann lebensbedrohlich sein und erfordert eine sofortige Behandlung im Krankenhaus.

2. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe (vorhandener oder unbekannter Bandscheibenvorfall oder Bandscheibenvorwölbung) kann es auch bei fehlerfreier Durchführung der Technik zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer Schädigung der Nervenwurzel kommen. Die Folge können Schmerzen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen sein. In Folge dieser Symptome können eine stationäre Behandlung und eine Operation erforderlich werden.

\*<sup>1</sup> Hurwitz E.L., Aker P.D., Adams A.H., Meeker W.C. and Shekelle P.G., 1996. Manipulation and mobilisation of the cervical spine; A systematic review of the literature. Spine 21, 1746-1760

### **EINVERSTÄNDISERLKÄRUNG** (nicht Zutreffendes bitte streichen)

- Ich habe die AGB's genau gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen.
- Ich habe die Honorar- und Ausfallhonorarvereinbarung gelesen und akzeptiere die Bedingungen.
- Ich erteile meine Erlaubnis zur Kontaktaufnahme zu Themen wie Terminvereinbarungen, Rücksprachen, Behandlungsbesprechung, etc. über Email oder Telefon.
- Ich erteile die Erlaubnis die Rechnung per Mail zu versenden (ohne Passwortschutz).
- Ich habe die Angaben zur Gesundheit vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.
- Ich habe die Informationen sorgfältig durchgelesen und wurde über die Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt.
- Ich erteile der Praxis bzgl. des Datenschutzes meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung. Die personenbezogenen Daten werden zum Zwecke des Kontaktes, der Behandlung und zur Abrechnung erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um die des Behandlungsvertrages und dem Anamnesebogen (Kontaktaten, Diagnosen, Bankverbindung, Laborergebnisse, usw.). Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen. Eine ausführliche Information zum Datenschutz liegt in der Praxis aus.
- Ich willige dieser und allen folgenden Behandlungen ein.

### **Widerrufbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise schriftlich, per Mail oder mündlich widerrufen werden und ist an die Praxisadresse zu richten. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Im Falle eines Widerrufs, kann eine Fortsetzung der Behandlung grundsätzlich nicht mehr erfolgen und die bisher erhobenen Daten werden gelöscht.

<b>Name, Vorname:</b>
<b>Ostfildern, den</b>
<b>Unterschrift Patient</b> (ggf. Erziehungsberechtigter)