

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

zwischen Heilpraxis Techant und Patient(in)

Name, Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Tel _____
Mobil _____
E-Mail _____
Geburtsdatum _____
Beruf _____
Empfehlung durch _____

Elternteil (bei Minderjährigen)

Krankenversicherung

Gesetzlich oder Selbstzahler (als privatversicherter)
 Privat Beihilfe HP Zusatzversicherung
Name Versicherung: _____

ANAMNESE

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <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"/> Leberinsuffizienz (Albuminmangel) |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Beta-Blockern | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <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"/> Ohrgeräusche / 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"/> rein vegane oder vegetarische Ernährung | <input type="checkbox"/> andere Erkrankung 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 in der Vergangenheit schwerere Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Operationen oder künstliche Gelenke?

HONORARVEREINBARUNG

1. Grundsätzlich ist der Besuch beim Heilpraktiker, unabhängig vom Versicherungsstatus eine Privatleistung, somit müssen alle Kosten selbst getragen werden. Der Behandlungsvertrag beruht zwischen Praxis und Patient.
2. Mitglieder der GKV erhalten keine Bezuschussung für den Besuch beim Heilpraktiker. Die Abrechnung erfolgt pauschal mit einer Quittung entsprechend der aktuellen Preise für Selbstzahler.
3. Mitglieder der PKV erhalten eine Rechnung analog der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) bzw. analog der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Etwaige Differenzen zwischen den Beträgen welche die PKV erstatten und dem vertraglich vereinbarten Honorar sind vom Patienten zu tragen. Der Honoraranspruch des Therapeuten ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.
4. Die Bezahlung des Honorars kann am Behandlungstag per EC-Karte beglichen werden. Im Falle einer Zahlung auf Rechnung ist das Honorar innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung zu begleichen.
5. **Bezuschussung Osteopathie:** Ich bin Heilpraktiker und erfülle die Voraussetzungen die den Beitritt in einen Verband für Osteopathie berechtigt. Folgende gesetzliche Krankenkassen haben mich bereits in ihre interne „Liste qualifizierter Osteopathen“ aufgenommen und bezuschussen meine osteopathischen 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**, - **Securvita**, - **Siemens – SBK**, - **VBU**, - **Viactiv**, - **Scheufelen**, - **Tui**, - **Pronova**, - **Voralb**, - **R+V**, - **VDN**

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

In der Regel verlangen die Versicherungen eine ärztliche Verordnung bzw. ein Privatrezept für Osteopathie. Das Rezeptdatum muss vor dem Behandlungstermin liegen! In jedem Fall empfiehlt es sich vor dem ersten Termin Kontakt mit der Versicherung aufzunehmen, um die Bedingungen zu klären.

6. **Labordiagnostik:** Die Praxis ist Mitglied in der Laborgemeinschaft deutscher Heilpraktiker in Mainz, in der die Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Die meisten Laborwerte werden von der Praxis für den Patient über diese Laborgemeinschaft angefordert. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Praxis und Patient. Bei speziellen Laborwerten erhält der Patient eine Rechnung direkt vom jeweiligen Labor.
7. **Infusionstherapie:** Die Kosten für die Infusionstherapie werden im Vorab im Behandlungsvertrag vereinbart. Infusionen / Injektionen werden pauschal mit einem Festpreis angesetzt. Für Mitglieder der PKV kann die Rechnung teilweise wie unter Punkt 3 erstellt werden. Hinzu kommt ein Differenzbetrag gemäß Behandlungsvertrag welcher nicht erstattet wird. Nicht aufgelistet werden Auslagen wie Infusionslösung und Präparate. Wollen Sie versuchen sich die Kosten für die Mittel erstatten zu lassen, dann kann ich ein Privatrezept ausstellen und Sie können sich das Mittel selbst besorgen. Gehen Sie bitte von einer reinen Selbstzahlerleistung aus.

AUSFALLHONOR

Wir betreiben eine Bestellpraxis, d.h. Termine werden nach Vereinbarung vergeben und ein festes Zeitfenster wird exklusiv für Sie eingeplant. Das Ausfallrisiko kann nicht auf den Leistungserbringer übertragen werden. Der Patient bzw. die Eltern bei Kindern tragen das Risiko. Dies gilt ebenso bei Verkehrsstau, Bahnstreik oder Krankheit. Termine können bis 24 Stunden vorher telefonisch oder per Mail kostenlos abgesagt werden. Danach wird gemäß § 615 BGB ein **Ausfallhonorar** in Höhe von 50 EUR in Rechnung gestellt. Keine Kosten entstehen für Sie, falls wir den Termin kurzfristig besetzen können, der Patient selbst für Ersatz sorgt oder unverschuldet einen Unfall erleidet. Die Kosten werden von der Versicherung nicht übernommen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG (nicht Zutreffendes bitte streichen)

- Ich habe die Patienteninfo (Heilversprechen, Behandlungsmethoden, Risiken und Nebenwirkungen, Datenschutz etc.) genau gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen. Ein eigenes Exemplar kann auf der Homepage runter geladen werden oder wird auf Wunsch ausgehändigt.
- 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 wahrheitsgemäß beantwortet.
- 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.

Name, Vorname:
Ostfildern, den
Unterschrift Patient (ggf. Erziehungsberechtigter):