

## 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

**Entbindung**     spontan     Kaiserschnitt     Saugglocke

### Angaben zur Gesundheit

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

## 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) - 2,3 bis 3,5-facher Satz. 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.

### 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, Honorar- und Ausfallhonorarvereinbarung, 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 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 (Kontakt Daten, 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):