

BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen der **Heilpraxis Techant** und

Patient(in)

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

Elternteil (bei Minderjährigen)

Krankenversicherung

Gesetzlich oder Selbstzahler (als privatversicherter) Privat oder Beihilfe HP Zusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

ANAMNESE

Allgemeine Angaben

Beruf _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Essgewohnheiten vegan vegetarisch

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <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 |
- andere Erkrankung bzw. Erläuterungen:

Bitte erläutern falls mit „Ja“ geantwortet wird!

Hatten Sie schon einmal eine Reaktion / Komplikation nach einer Infusion? Ja Nein

Haben Sie Allergien (Pollen, Lebensmittel, Medikamente oder andere Stoffe)? Ja Nein

Leiden Sie an Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Ja Nein

Gibt es bekannte Infektionskrankheiten? Ja Nein

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

Gab es in der Vergangenheit schwerere Erkrankungen, Operationen oder künstliche Gelenke?

Gibt / gab es in der Familie (Eltern oder Geschwister) besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten?

PATIENTENINFORMATION / AGB

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 ist der freien Vereinbarung zwischen Praxis und Patient überlassen. Einzelheiten zur Vergütung bzw. Honorierung 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 Der Behandlungsvertrag zwischen Praxis und Patient kommt zustande, wenn der Patient das Angebot der Praxis annimmt und sich an die Praxis zum Zwecke der Beratung, Diagnose und Therapie wendet.
- 1.6 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

- 2.1 Hiermit weisen wir 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.
- 2.2 Bei unklarem Sachverhalt werde ich den Patienten ggf. zur Abklärung an einen Arzt verweisen. Werden evtl. von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in eigener Verantwortung.

3 BEHANDLUNGSMETHODEN

- 3.1 Die in der Praxis angewandten Behandlungsmethoden stammen aus der Naturheilkunde und gelten als Erfahrungsmedizin. Sie stellen eine Ergänzung und nicht den Ersatz einer schulmedizinischen Behandlung und Untersuchung dar. Sie sind in ihrer Wirksamkeit nicht bzw. nur teilweise wissenschaftlich anerkannt.
- 3.2 Die **Osteopathie** ist eine ganzheitliche, sanfte, 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 chiropraktische Impulstechniken zum Einsatz.
- 3.3 Die **orthomolekulare Medizin** beschäftigt sich mit der, teilweise hochdosierten Verwendung von Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen und Fettsäuren zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten. Dies kann über Nahrungsergänzungsmittel oder über Infusionen stattfinden. Injektionen in die Vene (i.v.) wirken innerhalb weniger Sekunden.

Vorteile einer Injektion/ Infusion:

- bessere lokale Wirkung
- kein Wirkstoffverlust (vgl. Oral) oder Veränderung (durch Magensäure)
- gute Dosierbarkeit

4. BEHANDLUNGSDAUER / ERFOLGSCHANCEN

Heilung ist ein Prozess und Prozesse brauchen Zeit! Je nach Alter, Konstitution und Dauer der Beschwerden können mehr oder weniger Behandlungen nötig werden. Je nach Therapiemethode und Anliegen kann ich einschätzen wie viele Sitzungen notwendig werden und wie hoch die Kosten sein werden.

- Osteopathie (akute Beschwerden) ca. 1-3 Termine
- Osteopathie (chronische Beschwerden) ca. 3-6 Termine
- Orthomolekular Medizin (akute Beschwerden) ca. 3-5 Termine
- Orthomolekular Medizin (chronische Beschwerden) ca. 5-15 Termine

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.

5. NACH DER BEHANDLUNG

Nach der Behandlung wird empfohlen ca. 30 Minuten spazieren zu gehen, dies gilt insbesondere nach einer craniosacralen (Schädel) Behandlung oder einer Infusion. Dies gibt dem Körper etwas Zeit, um sich auf die körperlichen Veränderungen einzustellen. Auf größere sportliche Aktivitäten sollte 2-3 Tage verzichtet werden.

6. 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.

7. RISIKEN / KOMPLIKATIONEN / BEHANDLUNGSREAKTIONEN

7.1 **Osteopathie / Chiropraktik:** Jeder Mensch reagiert anders. Unter Umständen kann es zu einer Erstverschlimmerung oder einer Verlagerung der Beschwerden kommen. Am häufigsten wird über eine Art Muskelkater oder Müdigkeit berichtet. In der Regel verschwinden diese Symptome nach 1-3 Tagen wieder und nehmen mit den Folgebehandlungen für gewöhnlich deutlich 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 dazu verpflichtet die Patienten über folgende **Gefahren von Manipulationstechniken (Chiropraktik)** 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.

*¹ 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.

7.2 **Infusionen:** Jede Punktion, Injektion oder Infusion stellt einen Eingriff dar, die einer Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit gleichkommt. **Um Komplikationen zu vermeiden** ist es besonders wichtig die Gesundheitsdaten im Anamnesebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß anzugeben. Ggf. werden im Voraus entsprechende Laborwerte ausgewertet. Folgende Komplikationen könnten dabei auftreten:

- Hämatome (Bluterguss) oder Entzündung bis zur Abszessbildung an der Einstichstelle
- Gefäß-, Gewebe- oder Nervenschäden
- allergische Reaktion mit Juckreiz und Hautausschlag bis hin zum allergischen Schock.
- Venenentzündungen (Schmerz und / oder Schwellung / Rötung)
- Bewusstseinsstörungen
- Nierenfunktionsstörungen
- Embolie (Verschluss eines Blutgefäßes) durch Luft im Infusionssystem
- medikamentöse Überdosierung
- Ödeme (Schwellungen von Körpergewebe) durch zu hohe Infusionsgeschwindigkeit
- Hämolyse (Blutauflösung bei G6PDG-Mangel)

8. MITWIRKUNGSPFLICHT

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

9. 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.

10 GEBÜHREN

- 10.1 Der Heilpraktiker hat für seine Dienste Anspruch auf eine Vergütung bzw. ein Honorar. Soweit die Honorare nicht individuell zwischen Heilpraktiker und Patient vereinbart sind, gelten die aktuellen auf der Homepage ausgewiesenen Sätze bzw. in der Praxis ausgehängten Preise für gesetzlich Versicherte bzw. Selbstzahler sowie die Sätze aus der Gebührenordnung für Heilpraktiker bei privat- und zusatzversicherten Patienten.
- 10.2 **Abrechnung:** Um den Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten bitte ich das **Honorar am Behandlungstag per EC-Karte zu begleichen**. Im Falle einer Zahlung auf Rechnung ist das Honorar innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung zu begleichen. Über das Rechnungssystem wird ggf. automatisch eine Mahnung nach Ablauf der Frist versendet. Ist der Betrag bis zum nächsten Fristende nicht beglichen, wird automatisch ein Inkassobüro beauftragt, um beim Mahngericht einen Vollstreckungstitel zu erwerben.
- 10.3 Patienten die gesetzlich versichert sind bzw. privatversicherte die als Selbstzahler abrechnen wollen erhalten eine Quittung (im Nachhinein werden Rechnungen nicht mehr nach Gebührensätzen abgeändert!). Patienten die privat versichert sind, eine Zusatzversicherung haben oder beihilfeberechtigt sind, erhalten eine Rechnung entsprechend der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) bzw. analog der GOÄ. Die Preise weichen von denen der gesetzlich Versicherten ab!
- 10.4 Grundsätzlich ist der Besuch beim Heilpraktiker eine Privatleistung, somit müssen die Kosten selbst getragen werden. Der Behandlungsvertrag beruht zwischen Praxis und Patient. Das Honorar ist unabhängig vom Erstattungsverhalten Dritter zu begleichen. Da die Gebührenordnung seit 1985 nicht der Inflation angepasst wurde, kann es bei bestimmten Ziffern notwendig sein, über den Sätzen der GebÜH / GOÄ abzurechnen. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen die Behandlungen beim Heilpraktiker nicht. Die meisten Privat- und Zusatzversicherungen bezuschussen die Kosten voll oder teilweise je nach Tarif wenn Heilpraktiker Leistungen eingeschlossen sind.
- 10.5 Einige gesetzliche Krankenkassen bezuschussen die **osteopathischen Behandlungen** in meiner Praxis. Meist 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.
- 10.6 Ich bin Heilpraktiker und erfülle die Voraussetzungen, welche 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**, - **Continental**, - **Debeka**, - **Diakonie**, - **EWE**, - **Firmus**, - **G. Seidensticker**, - **Salus**, - **Securvita**, - **Siemens – SBK**, - **VBU**, - **Viactiv**, - **Scheufelen**, - **Tui**, - **Pronova**, - **Voralb**, - **R+V**, - **VDN**
- Keine Bezuschussung** erfolgt durch: **AOK**, **Barmer**, **Mercedes BKK** und **IKK Classic**
- 10.7 Laboranalysen werden zum Teil mit der Praxis, zum anderen direkt zwischen Labor und Patient abgerechnet.
- 10.8 Infusionen werden als Selbstzahler Leistung individuell je nach Präparat abgerechnet. Privatversicherte können auf Wunsch ein Privatrezept erhalten, sich das Infusionspräparat selbst besorgen und versuchen sich die Kosten hierfür bei der Krankenkasse erstatten zu lassen. Eine Garantie auf Kostenübernahme kann nicht gegeben werden. In diesem Fall berechne ich eine Pauschale (abweichend von der GebÜH) pro Infusion bzw. Injektion. Die Kosten werden vor der Behandlung besprochen.

11. AUSFALLHONORAR

Die Praxis ist eine **Bestellpraxis**, d.h. Termine werden nach Vereinbarung vergeben und ein festes Zeitfenster wird exklusiv für den Patient eingeplant. Leider kommt es aus verschiedensten Gründen öfter vor, dass Termine kurzfristig oder gar unentschuldigt nicht wahrgenommen werden. Auch in Fällen wie Verkehrsstau, Bahnstreik, Krankheit (auch der Kinder) usw. kann das Ausfallrisiko nicht auf den Leistungserbringer übertragen werden. Sie selbst bzw. die Eltern bei Kindern tragen das Risiko.

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 (25€ werden davon auf die Folgebehandlung gutgeschrieben wenn gleich ein Ausweichtermin vereinbart wird). Keine Kosten entstehen für den Patient, falls wir den Termin noch kurzfristig besetzen können, der Patient selbst für Ersatz sorgt (z.B. ein Familienmitglied) oder unverschuldet einen Unfall erleidet. Diese Kosten werden von Dritten (z.B. Krankenversicherungen) nicht übernommen. Ich bitte um Verständnis und hoffe nicht davon Gebrauch machen zu müssen, doch das Betreiben einer Praxis verursacht hohe laufende Kosten und wir können uns nicht erlauben Termine zu verplanen, in der Hoffnung, dass sie auch wahrgenommen werden.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG (nicht Zutreffendes bitte streichen)

- Ich habe die **Patienteninformation (AGB, Behandlungsmethoden, Risiken und Nebenwirkungen, Komplikationen, Heilversprechen, usw.)** gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen.
- Ich habe die **Vereinbarungen zu den Gebühren / Kosten und zum Ausfallhonorar** gelesen, verstanden 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 (Kontaktdaten, 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.

Ostfildern, den _____ **Unterschrift Patient(in)** (ggf. Erziehungsberechtigter) _____