

HEILPRAXIS TECHANT

Sascha Techant, Heilpraktiker | Brunnwiesenstr. 9 | 73760 Ostfildern
0711 - 94562108 | info@heilpraxis-techant.de | www.heilpraxis-techant.de

BEHANDLUNGSVERTRAG (Stand 01.01.2023) zwischen Heilpraxis Techant und

Name, Vorname _____ *Elternteil (bei Kind bis 14. Lj.)* _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Mobil, Tel _____
E-Mail _____
Geburtsdatum _____
Beruf _____

Krankenversicherung

- Gesetzlich bei _____
 Privat bei _____
 HP Zusatz bei _____
 Beihilfe Heilfürsorge

Wie (oder durch wen) sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenschäden | <input type="checkbox"/> Tumore / Metastasen |
| <input type="checkbox"/> frische Operationen | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Knochenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (Woche____) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | | |

Erläuterungen: _____

Medikamente (z.B. Kortison, Blutverdünner,..) (welche, wofür?) _____

HONORAR

Der Besuch beim Heilpraktiker ist eine Privatleistung. Die Kosten für eine osteopathische Behandlung (**ca. 50 Minuten**) belaufen sich auf **80,- bis 120,-**. Für **Privat- und Zusatzversicherte** erfolgt die Abrechnung gemäß der **Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH)**. Selbstzahler (gesetzlich Versicherte) erhalten eine Quittung ohne Gebührenziffern.

Um den Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten bitte ich das **Honorar am Behandlungstag in bar oder per EC-Karte** zu begleichen. Im Falle einer Überweisung beträgt das Zahlungsziel 10 Tage. Bei Zahlungsverzug werden Kosten in Form einer Mahngebühr berechnet.

AUSFALLHONORAR

Lieber Patient, liebe Patientin,
ich betreibe eine **Bestellpraxis** und plane für eine Behandlung ein festes Zeitfenster ein, d.h. **Termine werden nur nach Vereinbarung** vergeben. **Termine können bis 9 Uhr des Vortages telefonisch oder per Mail kostenlos abgesagt werden.** Termine die kurzfristiger abgesagt oder gar unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, können nicht anderweitig vergeben werden, somit entsteht für die Praxis ein erheblicher finanzieller Schaden. In diesem Fall behalte ich mir vor pauschal **50,-** in Rechnung zu stellen. Ausnahmen sind Krankheit gegen Vorlage eines ärztlichen Attestes oder wenn der Patient selbst für einen Ersatz sorgt. Beim Ausfall handle ich nach § 615 BGB. Ich bitte um Verständnis und hoffe nicht Gebrauch machen zu müssen.

DATENSCHUTZ

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.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- Ich habe die **Patientenaufklärung** zur Kenntnis genommen und akzeptiere die Bedingungen.
- Ich wurde ausführlich über mögliche **Risiken und Nebenwirkungen** in Kenntnis gesetzt.
- Ich erteile meine **Erlaubnis zur Kontaktaufnahme** zu Themen wie Terminvereinbarungen, Rücksprachen, Behandlungsbesprechung, etc. über Email oder Telefon.
- Ich habe die **Angaben zur Gesundheit** wahrheitsgemäß beantwortet.
- Hiermit erteile ich der Heilpraxis Techant bzgl. des **Datenschutzes** meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung.
- Ich habe die **Honorar- und Ausfallhonorar Vereinbarung** zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.
- 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) _____