

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 oder Selbstzahler (als privatversicherter)
 Privat Beihilfe HP Zusatzversicherung

Name Versicherung: _____

ANAMNESE FÜR ERWACHSENE

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <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

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stillprobleme | <input type="checkbox"/> häufiges Schreien | <input type="checkbox"/> Körperschiefhaltung | <input type="checkbox"/> Bewegungsasymmetrien |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Schlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> 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 bzw. Honorierung ergeben sich aus der Honorarvereinbarung bzw. aktuellen Preisliste.

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 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. Bei unklarem Sachverhalt wird die Praxis 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. NACH DER BEHANDLUNG

Nach einer Behandlung wird empfohlen ca. 30 Minuten spazieren zu gehen. So kann der Körper sich auf die körperlichen Veränderungen einstellen.

4. 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.

5. 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.

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.

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 entsprechend 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 oder bar beglichen werden. Im Falle einer Zahlung auf Rechnung ist das Honorar innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung zu begleichen.
5. Das Honorar für Selbstzahler entspricht immer der aktuellen Preisliste die in der Praxis ausliegt.

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 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. 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.

KOSTENBEZUSCHUSSUNG 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**, - **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**

Die meisten Versicherungen verlangen 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.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG (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 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.

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

AUFKLÄRUNG OSTEOPATHIE

Bei der Osteopathie handelt es sich um eine alternativ medizinische 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.

*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

- Ich habe die Informationen sorgfältig durchgelesen und wurde über die Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt.
- Ich wurde über das Honorar aufgeklärt und bin mir bewusst, dass ich die Kosten unabhängig vom Erstattungsverhalten meiner Versicherung selbst tragen muss und möglicherweise keine oder nur eine geringe Erstattung erhalte.

Name, Vorname:

Ostfildern, den

Unterschrift Patient (ggf. Erziehungsberechtigter)