



praxis maierhof

Ganzheitliche Gesundheit

Behandlungsvertrag Osteopathie

zwischen

Praxis Maierhof
Ganzheitliche Gesundheit
Inh.: Marc Maierhof
Heilpraktiker, staatl. anerk. Osteopath,
Physiotherapeut, Gesundheitsmanager (B.Sc.)
Bergstrasse 14, 36100 Petersberg

und

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefonnummern: _____

Email Adresse: _____

Hausarzt: _____

Versicherungsschutz (bitte zutreffendes ankreuzen):

☐ privat
☐ gesetzlich

☐ Heilpraktiker-Zusatzversicherung
☐ Beihilfe

Krankenversicherung: _____

Evtl. Zusatzversicherung: _____

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

II. Honorar

Das Honorar für eine osteopathische Behandlung beträgt 105 EURO (€) oder wird gemäß der Gebührenordnung der Heilpraktiker (GebÜH) und wird unabhängig von der Länge der Behandlung individuell je nach Leistung (Anamnese, Tests, behandelte Strukturen sowie Berichterstellung), nicht nach aufgewendeter Zeit erhoben. Die Dauer der Behandlung (meist zwischen 45 und 60 Minuten) richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Ich erlaube mir das Honorar ggf. unmittelbar nach jeder Behandlung in bar oder unbar gegen Quittung zu erheben.

III. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Der Patient ist daher verpflichtet:

- Termine pünktlich einzuhalten,
- falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von Euro 75,00 an.

Untersuchung und Behandlung

Möglicherweise werden Sie gebeten etwaige Kleidungsstücke abzulegen, damit eine Untersuchung/ Behandlung von Strukturen möglich wird.

Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Ob und in welcher Höhe die Vergütung für die Behandlung von Ihrer Versicherung bezahlt wird, hängt von Ihrem gewählten Tarif bei Ihrer Versicherung ab. Bitte klären Sie dies (im Vorfeld) mit Ihrer Versicherung selbst ab. Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen und Zusatzversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich: Gesetzlich Krankenversicherte erhalten, je nach Krankenkasse, zum Teil eine Erstattung der osteopathischen Leistungen. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen der Patientin oder des Patienten. Dieser verpflichtet die Patientin oder den Patienten zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

Anwendungen:

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

Gegenanzeigen/Kontraindikationen:

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

Risiken der Behandlung sind:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen

- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

- Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

- Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gemäß obigem Text durch Frau/Herrn über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein.

- Ebenfalls wurde ich über die vorstehenden Punkte, insbesondere über die Zahlungsbedingungen und die bei Verzug entstehenden Verzugskosten (Mahnkosten, Rechtsverfolgungskosten, Ermittlungskosten etc.) informiert und aufgeklärt.
- Ich habe die AGB's zur Kenntnis genommen und zusätzliche Informationen zur Behandlungsaufklärung in Textform am erhalten. Ich habe von beiden Kenntnis genommen und erkläre mich damit in vollem Umfang einverstanden.
 - Ja, die Rechnung soll die vollständige Diagnose und die Therapiespezifizierung – bei Heilpraktikerleistung mit der entsprechenden GebüH-Ziffer, den Einzelbetrag und etwaige Angaben über Heilmittel – enthalten.
 - Nein, die Rechnung soll nur meinen Namen und Anschrift enthalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Hausärztin oder behandelnder Hausarzt, Fachärztin oder Facharzt oder andere Behandelnde/Therapeutin oder Behandelnder/Therapeut (nicht Zutreffendes bitte streichen) Behandlungsdaten oder Befunde von mir bei der praxis maierhof einholt. Die praxis maierhof ist verpflichtet diese Informationen an die betreffende(n) Person(en) weiterzuleiten. Die betreffenden Personen dürfen die Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, dass die praxis maierhof die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meiner behandelnden Hausärztin oder behandelndem Hausarzt, Fachärztin oder Facharzt oder andere Behandelnde/Therapeutin oder Behandelnder/Therapeut (nicht Zutreffendes bitte streichen), einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Die praxis maierhof darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Mit der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie unter den vorstehenden Geschäftsbedingungen genannten Zwecken bin ich einverstanden. Ich bin auch damit einverstanden, dass mir Befunde, Rechnungen oder andere Patientenunterlagen unverschlüsselt an meine bekannte Email-Anschrift oder an meine bekannte Postanschrift übersandt werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Maierhof die für meine Behandlung gespeicherten Daten über den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraum von 10 Jahren hinaus speichern darf.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Nein, meine Daten sollen nicht länger als gesetzlich erlaubt gespeichert werden.
- Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.
- Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. eine Ärztin oder einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name der Patientin/des Patienten in Druckbuchstaben:

.....

Datum:

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

Ggf. Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters (bei Kindern, Geschäftsunfähigen):

.....

Ich verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Osteopathie.

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

.....

.....

Praxisstempel, Unterschrift