



## Behandlungsvertrag

zwischen Heilpraktikerin Frau Adela Schneider und Patient/in:

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt:  ja  nein

### 1. Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine osteopatische und heilpraktikertypische, heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren/Behandlungsmethoden.

### 2. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ihre Therapeutin verpflichtet sich, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben.

### 3. Honorar

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Aufwand der Behandlung. Es gelten die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Das Honorar ist unmittelbar fällig – spätestens innerhalb von 14 Tagen.

### 4. Hinweise

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Die zahlreichen Tarife der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selber vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Heilpraktiker/Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.

### 5. Absage von Termine

Ein vereinbarter Termin wird Ihnen gemäß, den gesetzlichen Bestimmungen zur Folge, sofern nicht spätestens 24 Stunden an Arbeitstagen vorher abgesagt, gleich aus welche Gründen, in voller Höhe in Rechnung gestellt, da dieser Termin so kurzfristig nicht neu belegt werden kann.



Wenn Sie Fragen zu der einzelnen Punkten haben, wenden Sie sich selbstverständlich jederzeit an Ihre Therapeutin.

## Risiken und Nebenwirkungen von osteopathischen und naturheilkundlichen Therapien

Auch bei osteopathischen und naturheilkundlichen Therapieverfahren können Risiken und Nebenwirkungen nicht ausgeschlossen werden, die allerdings in den meisten Fällen vorübergehend und eher harmlos sind.

Es kann zu folgenden Erscheinungen/Nebenwirkungen kommen:

- Erstverschlimmerung der Symptome und Beschwerden
- Übelkeit und Erbrechen, Benommenheit und Schwitzen
- Schwindel, Kopfschmerzen, Schlafstörungen
- Kreislaufbeschwerden, kurzzeitiger Verlust des Bewusstseins, insbesondere bei Menschen mit Kreislaufbeschwerden oder psychisch kranken Menschen
- Schmerzen und Infektionen an Einstichstellen sind möglich
- Hautirritationen, Narben, geringfügige, kleinere Blutungen oder Blutergüsse (Hämatome), Verletzung größerer Gefäße und/oder Organe
- psychologische und emotionale Reaktionen
- muskelkateränliche Schmerzen
- und weitere ....

Beachten Sie, dass die Behandlung besonders zu Beginn oft müde macht, wodurch Ihr Reaktionsvermögen und Ihre Fahrtauglichkeit beeinträchtigt sein können. Bitte gehen Sie mindestens eine halbe Stunde nach der Behandlung spazieren.

## Gegenanzeigen/ Kontraindikationen für eine osteopatische Behandlung

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- akuten Entzündungen
- Infektionskrankheiten
- fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontane Hämatombildung

## Ich bestätige

Ich wurde über Risiken und Nebenwirkungen der gewählten Therapie(z.B. Osteopathie, Blutegel, Akupunktur etc.) von Frau Adela Schneider (Heilpraktikerin) beraten, aufgeklärt und bin mit der Behandlung einverstanden. Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Hiermit willige ich in die Behandlung in der Praxis von Heilpraktikerin Frau Adela Schneider ein. Eine Gewähr für einen Erfolg der Behandlung kann nicht übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in – Erziehungsberechtigte/r