

Behandlungsvertrag

Zwischen

Name	_____	Heilpraktikerin Stefanie Dietrich
Geburtsdatum	_____	Ruhrstraße 19
Anschrift	_____	59955 Winterberg / Niedersfeld

Falls zutreffend: Abweichender Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger z.B. bei Minderjährigen

Name _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____

1. Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung bei der Heilpraktikerin Stefanie Dietrich in Anspruch.

2. Naturheilkundliche Behandlung

Der Beruf des Heilpraktikers ist eine nach dem Heilpraktikergesetz zugelassene berufsmäßige Ausübung der Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein. Sie umfasst die Feststellung, Heilung und / oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird (vgl. §1 HPG), auch in psychotherapeutischer und / oder physiotherapeutischer Behandlungsform.

Frau Dietrich strebt insbesondere die Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte an und wendet in Ihren Therapieverfahren vor allem Natur- und Erfahrungsheilkunde an, die **nicht dem schulmedizinischen Standard entsprechen und deren Wirksamkeit wissenschaftlich nicht sicher belegt sind**. Sie ist aber auch der wissenschaftlich biologischen Medizin verpflichtet.

Nicht hierunter fallen insbesondere Geburtshilfe, Leichenschau, Zahnheilkunde, Therapien und / oder Maßnahmen, die die Anwendung von Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln, welche der ärztlichen Verschreibungspflicht unterliegen, erfordern, sowie Geschlechtskrankheiten und Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz.

3. Individuelle Behandlung

Frau Dietrich erstellt entsprechend der Angabe des Patienten Ihre Diagnose. Nur aufgrund umfassender und wahrheitsgemäßer Angaben kann eine ordnungsgemäße Diagnose erfolgen.

Aufgrund dieser Diagnose erstellt Frau Dietrich dann ein individuelles Behandlungskonzept. Hierbei wendet Sie Methoden an, die Ihrer Erfahrung und / oder Ansicht nach der unter 1. angeführten Behandlungsweise gerecht werden. Dieses erfolgt in Absprache mit dem Patienten. Die Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten, ggf. die Durchführung ärztlicher Parallelhandlungen.

4. Kostenübernahme durch die Krankenversicherung

Das Honorar für die Behandlung durch die Heilpraktikerin Frau Dietrich hat der Patient selbst zu bezahlen. Das Honorar ist nicht erfolgsabhängig. Sollten keine anderen Zahlungsmodalitäten vereinbart sein, hat die Bezahlung unmittelbar in Bar zu erfolgen.

Beratungen per Telefon, Email oder What's App / SMS werden ebenfalls gemäß Preisliste berechnet. Terminvereinbarungen sind hiervon ausgenommen.

In der Regel erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung keine Übernahme der Behandlungskosten.

Patienten, welche Mitglieder einer privaten Krankenversicherung sind oder private Zusatzversicherungen abgeschlossen haben, sowie Beihilfeberechtigte können ggf. einen (Teil-) Erstattungsanspruch gegen ihren Versicherer haben. Einen etwaigen (Teil-) Erstattungsanspruch hat der Patient selbstständig bei seinem Versicherer zu erfragen. Hierzu erhalten Sie eine erstattungsfähige Rechnung gemäß / analog dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), herausgegeben von den Heilpraktikerverbänden 1985, Neuauflage 2014.

Nicht alle inzwischen möglichen und etablierten Verfahren, die Frau Dietrich anbietet, sind in der GebüH und in der Erstattungstabelle aufgeführt. In diesen Fällen rechnet Sie analog ab, d.h., dass dann eine oder

mehrere Leistung/en auf der Rechnung benannt werden, welche der erbrachten Leistung am ähnlichsten sind. Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

Ein mögliches Erstattungsverfahren gegenüber dem Versicherer hat keine Auswirkungen auf den Honoraranspruch von Frau Dietrich und ist vom Patienten eigenverantwortlich durchzuführen.

5. Aufklärung zur Behandlung

Ein Heilungsversprechen seitens Frau Dietrich wird nicht abgegeben.

Insofern Frau Dietrich feststellt, dass die Naturheilkunde (z.B. aufgrund der diagnostizierten oder durch den Patienten mitgeteilten Erkrankung) eine Grenze erfährt und daher Alternativ- oder Parallelbehandlungen, insb. Ärztliche, wissenschaftlich-biologische Behandlungsmethoden, erforderlich sein können, wird dieses dem Patienten durch Frau Dietrich unverzüglich mitgeteilt und der Patient ggf. an einen Arzt verwiesen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Falle der Verweisung an einen Arzt die (weitere) Behandlung durch Frau Dietrich nicht die ärztliche, medizinische Behandlung ersetzt. Frau Dietrich übernimmt keine Haftung für Gesundheitsschäden, die der Patient erleidet, weil dieser trotz Verweises an einen Arzt, eine ärztliche, medizinische Parallelbehandlung nicht durchführen lässt.

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechterkrankung, einer Krankheit nach dem Infektionsschutzgesetz wird die Behandlung durch Frau Dietrich unverzüglich abgebrochen und der Patient an einen Arzt verwiesen.

6. Schweigepflicht

Frau Dietrich unterliegt der Schweigepflicht. Sie hat über sämtliche Informationen, die in Ausübung Ihrer Tätigkeit ihr zur Kenntnis gelangen, Stillschweigen zu bewahren.

Dies gilt nicht hinsichtlich notwendiger Auskünfte, die Sie gegenüber Krankenversicherer geben muss, wenn sie von ihrer Schweigepflicht durch den Patienten gegenüber einer bestimmten dritten Person oder generell ganz oder teilweise entbunden wird oder wenn sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet bzw. aufgrund behördlicher oder gerichtlicher Anordnung auskunftspflichtig ist.

Geschlechtskrankheiten, Impfschäden und Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz (auch bei Verdacht) muss Frau Dietrich an die zuständige Behörde melden. Hierzu ist sie gesetzlich verpflichtet.

7. Ausfallhonorar

Versäumt ein Patient einen vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er Frau Dietrich ein Ausfallhonorar von 100% des für den Termin vereinbarten Betrages. Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 1 Werktag vor dem vereinbarten Termin absagt (Bei Montagstermin entsprechend den Freitag vorher), ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist (z.B. Autounfall) oder bei akuter Erkrankung am Tag des Termins. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlicher niedriger entstanden ist, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch Frau Dietrich.

8. Handykontakt und Datenschutz bzgl. What's App

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass Frau Dietrich What's App auf ihrem Handy nutzt. Sollte es somit zu einem Handykontakt zwischen mir (dem Patienten) und Frau Dietrich kommen, bin ich damit einverstanden, dass Frau Dietrich im Adressbuch Ihres Handys meinen Namen als Klarnamen speichert. Weiterhin ist mir bewusst, dass die Daten von dort regelmäßig an den Betreiber WhatsApp Inc. in Kalifornien/USA übertragen / hochgeladen werden, wo diese Daten zu vielfältigen Zwecken des Betreibers laut dessen Nutzungsbedingungen frei weiter verwendet werden können.

Sollte es zu einem Kontakt zwischen mir (dem Patienten) und Frau Dietrich kommen, wünsche ich, dass meine Nummer nicht im Adressbuch gespeichert wird.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden haben.:

Ich wünsche eine detaillierte Rechnung nach / analog GebüH

Eine Abrechnung mit Quittungsbeleg ist ausreichend

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Anhang: Aktuelle Preisliste