



Behandlungsvertrag:

Zwischen

Heilpraktikerin Jennifer Berge, Schmiedeweg 8, 51588 Nümbrecht

und

(Vorname, Name, Anschrift)

§ 1 Vertragsgegenstand:

Vertragsgegenstand ist die Inanspruchnahme einer naturheilkundlichen Behandlung. Die Behandlungen können auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte Verfahren umfassen.

Die Behandlung umfasst auch die notwendigen Diagnose- und Testverfahren. Ich erbringe meine Dienste mit größter Sorgfalt. Die Behandlungsmethoden werden abgestimmt und beruhen auf einem nach naturheilkundlichen Kenntnissen nachvollziehbarem Ansatz.

- Die Behandlung von Beschwerden im Bewegungsapparat erfolgt in Form der folgenden Methoden:
 - Manuelle Faszientherapie & Neuromuskuläre Tiefengewebsmassage
 - Triggerpoint-Techniken
 - Strukturelle Osteopathie & sanfte Chiropraktik nach Ackermann
 - Schröpfen
 - Gua Sha
- Die Behandlung der Psychosomatik erfolgt im Rahmen des Bioresonanz gestützten Verfahrens der PSEnergy.
 - ➔ *Frequenzverfahren sind wissenschaftlich nicht bewiesen und werden von der Schulmedizin nicht anerkannt. Ich nutze Bioresonanz in meiner Heilarbeit ausschließlich aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen.*

Wissenschaftliche Nachweise über die Wirkungen nach den anerkannten Regeln und Grundsätzen wissenschaftlicher Forschung liegen zu diesem Verfahren nicht vor.

Der Verlauf einer Behandlung hängt zudem stets von individuellen Faktoren des Patienten ab. Eine konkrete Wirkung kann deshalb nicht zugesichert werden.

Frequenzgeräte sind keine klassischen Diagnosegeräte, ich nutze Sie ausschließlich dazu, um Tendenzen und Dysbalancen zu ermitteln.

§ 2 Honorar:

- ☐ Mein Honorar für die Behandlung berechnet sich nach den Sätzen des in der Anlage beigefügten **individuellen Honorarverzeichnis**, welches Bestandteil dieses Vertrages ist. Das herkömmliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) kommt nicht zur Anwendung.
- ☐ Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 95,00€ -125,00€ je voller Stunde (60 Minuten)/ 55,00€ je angefangene halbe Stunde. Das unverbindliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) kommt nicht zur Anwendung.

Die voraussichtlich erforderliche Stundenzahl beträgt ca. eine Stunden je Behandlung. Da jede Behandlung individuell verläuft, kann die Therapiedauer jedoch variieren. Der Behandler informiert den Patienten, sofern aus therapeutischer Sicht eine Veränderung der Therapiedauer ersichtlich wird.

Hinweis zum Honorar (wirtschaftliche Aufklärung):

Wir Heilpraktiker nehmen generell nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Das heißt für Sie als gesetzlich Versicherter, dass Sie meine Honorare selbst tragen müssen.

Sind Sie privat versichert oder verfügen Sie über eine Zusatzversicherung, ist es möglich, dass Sie einen zumindest teilweisen Erstattungsanspruch gegenüber Ihrer Krankenversicherung haben.

Ich weise Sie darauf hin, dass regelmäßig nur die Behandlungskosten erstattet werden, die gem. § 1 Abs. 2 der allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung als medizinisch notwendig eingestuft wurden. Nicht alle meine Behandlungen erfüllen diese Kriterien.

Deshalb ist es wichtig, dass Sie sich bei Ihrer Krankenkasse vor Inanspruchnahme meiner Dienste nach der Erstattungsfähigkeit erkundigen.

Gerne fertige ich Ihnen hierzu eine Kostenaufstellung an, die Sie dann bei der Krankenkasse vorlegen können.

Das Erstattungsverfahren ist von Ihnen gegenüber Ihrer Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattung oder Nichterstattung Ihrer Krankenkasse hat keinen Einfluss auf mein Honorar. Dieses ist von Ihnen in voller Höhe zu zahlen.

§ 3 Beratungen per Telefon/Mail:

Diese berechne ich wie unter § 2 angegeben nach Zeitaufwand.

§ 4 Laborkosten und Medikamente:

Die Kosten für Labor und Medikamenten sind von Ihnen zu begleichen, auch wenn die Beauftragung durch mich erfolgt. Die Kosten für Laboruntersuchungen und Medikamente werde ich mit Ihnen vorher absprechen.

§ 5 Ausfallhonorar:

Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, bitte ich darum, diesen **mindestens 24 Stunden vorher** abzusagen. Erfolgt keine Absage, behalte ich mir vor, den versäumten Termin mit einem **Ausfallhonorar in Höhe von 70,- €** in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht, wenn Sie an dem Ausfall keinerlei Schuld tragen.

§ 6 Voraussichtliche Kosten Ihrer Behandlung:

Nach Anamnese und Diagnostik werde ich Ihnen die voraussichtlichen Kosten Ihrer Behandlung mitteilen (wirtschaftliche Aufklärung). Sollten sich die von mir angesetzten Kosten nicht nur unerheblich erhöhen, werde ich Ihnen dies gesondert mitteilen.

§ 6 Aufklärung und Hinweise:

Meine Behandlung kann unter Umständen eine ärztliche Therapie nicht ersetzen. Sofern eine Weiterbehandlung durch einen Arzt erforderlich ist, wird eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Dies gilt auch, wenn mir aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbotes eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Ich werde Sie nach bestem Wissen und mit aller Sorgfalt behandeln. Ich werde jeweils die Methoden anwenden, die für Ihr Beschwerdebild am effektivsten und kostengünstigsten sind. Dennoch kann ich Ihnen keine Garantie für eine Heilung oder Linderung geben.

Ich bin verpflichtet, Sie zu Beginn der Behandlung über Ihre Diagnose, die von mir gewählte Therapie, die Wirkung der Therapie, die mögliche gesundheitliche Entwicklung sowie Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen einer Behandlung aufzuklären.

Dies erfolgt je nach Behandlungsmethode in einer gesonderten Aufklärungsvereinbarung, die dann Bestandteil dieses Behandlungsvertrages wird.

Bitte beachten Sie, dass ich weder verschreibungspflichtige Medikamente verordnen, noch Krankschreibungen ausstellen darf.

Aufgrund meiner Dokumentationspflicht weise ich Sie darauf hin, dass ich alle Angaben und Befunde aufbewahren muss.

§ 7 Mitteilungspflicht des Patienten

Sie verpflichten sich, mich über andere Behandlungen und/oder Medikationen zu informieren, die mit meiner Behandlung in zeitlichem Zusammenhang stehen. Sie dürfen mir solche Behandlungen bzw. Medikationen nicht verschweigen, da dann ein erhebliches Gesundheitsrisiko eintreten kann. Nur mit Ihrer Mithilfe und Ihren vollständigen Informationen kann ich Sie fachgerecht behandeln.

§ 8 Schweigepflicht

Ich verpflichte mich, über alles, was Sie mir während der Behandlung mitteilen oder ich durch Befunde etc. erfahre, Stillschweigen zu bewahren.

Ich bin jedoch von der Schweigepflicht befreit, wenn ich aufgrund von gesetzlichen Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet bin (Meldepflicht bei bestimmten Krankheiten oder gerichtlicher Anordnung). Dies gilt auch für Auskünfte an Personensorgeberechtigte.

Weiter bin ich von der Schweigepflicht befreit, wenn Sie mich von der Schweigepflicht entbunden haben.

§ 9 Kommunikationswege

Ich willige ein, dass Sie sich über folgende Wege mit mir in Verbindung setzen dürfen:

- TLS-verschlüsselte E-Mail _____
- SMS, Nr. _____
- Whatsapp, Nr. _____
- Anderer Kommunikationsweg: _____

Ich erlaube, dass über diese Wege auch Gesundheitsdaten versandt werden dürfen.

Ich erkläre, dass nur ich auf diese Kommunikationsmittel Zugriff habe und diese Daten jederzeit vor dem unberechtigten Zugriff Dritter geschützt sind.

§ 10 Bei minderjährigen Patienten

Name und Anschrift beider Erziehungsberechtigten (falls abweichend):

Mutter: _____

Vater: _____

Besteht gemeinsames Sorgerecht? ☐ Ja ☐ Nein

Falls nein, wer ist Inhaber des Sorgerechts? _____

Die andere erziehungsberechtigte Person hat Kenntnis über diesen Termin und ist mit der Behandlung einverstanden ☐ Ja ☐ Nein

§ 11 Anlagen

Die folgenden Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:

- Gebührenverzeichnis
- Kostenvoranschlag
- Aufklärungsbogen auch zu Kosten und Datenschutz

§ 12 Vertragsdauer / Kündigung / Außerkrafttreten Altvertrag

Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Sie ist gemäß § 627 BGB kündbar. Im Falle einer Kündigung werden unter den Voraussetzungen des § 628 BGB die bis zum Kündigungszeitpunkt erbrachten Leistungen entsprechend den vertraglichen Regelungen abgerechnet.

Dieser Behandlungsvertrag ersetzt die bisherige Honorarvereinbarung zwischen den Parteien, welche hiermit außer Kraft tritt.

Die Patientin/der Patient erhält von diesem Vertrag und den Anlagen eine Kopie.

Einwilligungserklärung:

Ich wurde über diesen Behandlungsvertrag umfassend informiert. Ich bestätige, alles verstanden zu haben und habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in diesen Behandlungsvertrag ein. Eine Kopie dieses Behandlungsvertrages habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift des Patienten

Datum

Unterschrift des Behandlenden