

**Behandlungsvertrag und Einverständniserklärung**

**zwischen Heilpraktikerin Brigitta Ziller**

und

Patient(in) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bei Kindern: gesetzlicher Vertreter/Rechnungsempfänger\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Haus Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emailadresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Privat Beihilfe Zusatzversicherung Selbstzahler

 **1. Vertragsgegenstand**

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische naturheilkundliche Behandlung des Patienten.

Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch

nicht anerkannte – naturheilkundliche – Heilverfahren.

**2. Honorar**

• Das Honorar wird nach GebüH berechnet und orientiert sich am benötigtem

Zeitaufwand der Behandlung/Beratung

• Vereinbart wird folgendes Privathonorar, sofern keine Leistungen der Krankenkassen / Beihilfe beantragt werden:

**Erstanamnese: Erwachsene 90,00 €** (Kinder bis inkl.10 Jahre: 80,00 €)

**Folgetermine: ca. 70,00 € / Stunde (abhängig von Art und Umfang der Behandlung)**

**Telefontermine: 15,00 € / Viertelstunde**

Hinzu kommen gegebenenfalls noch Kosten externer Labors, die jedoch direkt mit dem Labor

beglichen werden und/oder Material- und Medikamentenkosten aus dem Praxisbedarf.

**3. Hinweise**

* Die gesetzlichen Krankenkassenerstatten erstatten die Behandlung durch den Heilpraktiker in der Regel nicht.
* Privat Krankenversicherte, privat Zusatzversicherte sowie beihilfeberechtigte Personen

können die anfallenden Kosten bei Ihrer Versicherung geltend machen und erhalten je nach dem individuell vereinbarten Tarif Erstattungsleistungen. Es ist jedoch der volle Rechnungsbetrag fällig unabhängig von der Erstattungsleistung des Versicherers/ der Beihilfestelle. Bitte beachten Sie auch, dass Kosten für Nahrungsergänzungsmittel und nicht rezeptpflichtige Medikamente von Ihrer privaten Krankenversicherung/ Zusatzversicherung / Beihilfestelle nicht immer erstattet werden.

* Die Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses

beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen.

* Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte

Heilpraktiker-Honorar. Der Rechnungsbetrag des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

* Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.
* Die behandlungsrelevanten, persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten werden in einer Patientenkartei erhoben und gespeichert.

**4. Sonstiges**

* Ich bestätige, dass ich die Patienteninformation und die Einwilligung gemäß der DS-GVO

erhalten und unterschrieben habe.

* Ich bin darüber informiert worden, dass **vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vor dem Terminbeginn abgesagt werden** müssen. Montagstermine oder Termine nach einem Feiertag spätestens an dem Werktag davor bis 12 Uhr. Nicht oder zu spät abgesagte Termine werden mit dem vollen Stundensatz in Rechnung gestellt.
* Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir **Laborbefunde und Therapiepläne per E-Mail** von Frau Brigitta Ziller geschickt werden.
* Ich erteile meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers
* Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
* Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst. Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen. Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

**Ort, Datum, Unterschrift HP Brigitta Ziller: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum, Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**