

# Behandlungsvertrag

zwischen

Heilpraktikerin

Frau Inge Förster

Marktoberdorfer Str. 5

87674 Ruderatshofen

(im Folgendem: *Heilpraktiker* genannt)

und

Herr/Frau \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

geboren am: \_\_\_\_\_

ggf. Name des gesetzl. Vertreters: \_\_\_\_\_

(im Folgenden „Patient/gesetzliche Vertreter“ genannt)

## I. Vertragsgegenstand

Der Patient beauftragt den Heilpraktiker mit der Durchführung einer naturheilkundlichen/ alternativmedizinischen Behandlung im Bereich der TCM/Ernährungsberatung.

## II. Honorar

1. Das Honorar des Heilpraktikers beträgt

74,- € pro 60 Min, jede weitere angefangene Stunde wird im 30-Minuten-Takt abgerechnet.

Die erste Behandlung wird in der Regel 1,5 Std. dauern, also 111,- €.

Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH)

2. Der Patient/ der gesetzliche Vertreter hat vor der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Dem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter ist bekannt, dass die Behandlungsleistungen und Sachkosten nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und dass insoweit kein Kostenerstattungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht.

3. Der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter verpflichtet sich als Selbstzahler, unabhängig von seinem eventuell bestehenden Erstattungsanspruch an eine Krankenversicherung, Beihilfestellen oder sonstige Kostenträger, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrages zu zahlen. Die Kostenübernahmepflicht des Patienten/gesetzlichen Vertreters erstreckt sich auch auf weitere Institutionen (z.B. Laboratorien), soweit diese an der Behandlung oder Diagnostik mitwirken.

4. Sofern der Patient privat krankenversichert bzw. beihilfeberechtigt ist, kann er die Rechnung des Heilpraktikers ggf. bei seiner privaten Krankenversicherung und/oder der Beihilfestelle zur Erstattung einreichen. Ob und in welcher Höhe eine Erstattung erfolgt, ist vom Patienten in eigener Verantwortung zu klären. Eine Nichtübernahme des Honorars durch Dritte hat keinen Einfluss auf die Verpflichtung des Patienten zur Zahlung des Honorars des Heilpraktikers.

5. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.

### III. Terminabsagen

**Bitte sagen Sie vereinbarte Termine rechtzeitig (24 Stunden vorher) ab.** Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden ihnen in voller Höhe **in Rechnung** gestellt.

### IV. Aufklärung

1. Der Patient bestätigt, vom Heilpraktiker ausreichend über die geplante Behandlungsmethode \_\_\_\_\_ aufgeklärt worden zu sein. Der Heilpraktiker hat mit dem Patienten insbesondere die Vor- und Nachteile, Risiken, Alternativen und Erfolgsaussichten der Behandlungsmethode besprochen. Der Patient hat das **Aufklärungsblatt über Akupunktur / Ernährungsberatung erhalten** und hatte die Möglichkeit, es zu lesen.

2. Dem Patienten ist bekannt, dass die Behandlungsmethode wissenschaftlich/schulmedizinisch nicht anerkannt ist. Der Heilpraktiker weist ausdrücklich darauf hin, dass die Behandlung des Patienten möglicherweise auch schulmedizinisch erfolgen kann. Der Heilpraktiker rät dem Patienten von einer schulmedizinischen Behandlung ausdrücklich nicht ab.

3. Der Patient hatte die Möglichkeit, dem Heilpraktiker Fragen zur Behandlung zu stellen. Die

Fragen wurden ausreichend beantwortet.

## **V. Aufklärung über die Behandlungsmethode, Fragemöglichkeiten des Patienten**

1. Der Heilpraktiker hat den Patienten über folgendes aufgeklärt:

Der Patient hat das Aufklärungsblatt über die Akupunktur / Ernährungsberatung erhalten und hatte die Möglichkeit, es zu lesen.

2. Der Heilpraktiker weist ausdrücklich darauf hin, dass die Behandlung des Patienten möglicherweise auch schulmedizinisch erfolgen kann. Der Heilpraktiker rät dem Patienten von einer schulmedizinischen Behandlung ausdrücklich nicht ab.

3. Der Patient hatte die Möglichkeit, dem Heilpraktiker Fragen zur Behandlung zu stellen. Die Fragen wurden ausreichend beantwortet.

## **VI. Einwilligung in die Behandlung**

1. Der Patient/gesetzliche Vertreter willigt in die Behandlung ein.

2. Eine unterschriebene Ausfertigung der Erklärung hat der Patient/gesetzliche Vertreter erhalten.

Ruderatshofen, den .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Heilpraktikerin Inge Förster

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Patient/gesetzlicher Vertreter

## **Erhalt Informationen zur Datenverarbeitung**

Der Patient bestätigt, das Informationsblatt „Patienteninformation“ vom Heilpraktiker erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter