

Patient				
Persönliche Daten	Name			
	Vorname			
	Geburtsdatum			
	ggf. Name + Geburtsdatum des gesetzlichen Vertreters			
Kontaktdaten	Straße, Nr.			
	PLZ / Ort			
	Telefon Handy / Festnetz			
	Email@ für Rechnungsversand			
Krankenversicherung Bitte Namen der Kasse nennen. Dies vereinfacht die Erstellung der Rechnung	gesetzlich			
	Zusatz			
	Beihilfe			
	Privat			
Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?	☐ mir wurde Stephanie Kraus direkt empfohlen	☐ mir wurde das TEAM der Praxis hier empfohlen	☐ Internetsuche nach einer Praxis für Osteopathie	☐ sonstiges : _____

Zwei Unterschriften zur Einwilligung müssen wir nach gesetzlichen Regelungen erfragen:

1. Erklärung des Patienten / des gesetzl. Vertreters - zur Datenverwendung in dieser Praxis:

Ich, _____, geboren am _____, habe die auf Blatt 1 beiliegenden Informationen zu Datenschutz und -verarbeitung in der Praxis gem. Art.6 Abs.1 lit.a bzw. Art.9 Abs.2 lit.a DSGVO zur Kenntnis genommen und willige in diese ein. Ich bin mit dem Versand der Rechnung per Email einverstanden. Meine Angaben erfolgen ausdrücklich freiwillig. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit grundlos die Einwilligung ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort Datum Unterschrift

2. Erklärung des Patienten / des gesetzl. Vertreters - zu Diagnostik und Therapie in dieser Praxis:

Ich wurde umfassend verständlich schriftlich und mündlich gemäß umseitigem Text Blatt 2 über die Konsultation in der Praxis aufgeklärt und wünsche diese. Auf Alternativen wurde ich hingewiesen. Ggf. bei Gesundheitsstörungen oder Ablehnung einer Therapiemaßnahme informiere ich unverzüglich den Therapeuten bzw. einen anderen medizinischen Dienst.

Ich bin mit den Vereinbarungen zur Konsultation und Honorarabrechnung der privaten Leistungen, rechtzeitigen Terminabsage, sowie Bezahlung von Ausfallgebühren einverstanden. Rechnungsbeträge werden in voller Höhe von mir bezahlt, unabhängig von Erstattung durch Krankenversicherungen.

Individuelle Risikofaktoren / chronische Erkrankungen des Patienten habe ich umseitig schriftlich angegeben, und werde ich bei Bedarf eigenverantwortlich aktualisieren.

Die Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

Ort Datum Unterschrift

2. Behandlungsvertrag zu diagnostischen und therapeutischen Anwendungen in dieser Praxis:

I. Vertragsgegenstand:

Der Patient nimmt die Konsultation bei Stephanie Kraus, Heilpraktikerin oder einer vereinbarten Vertretung in Anspruch.
Ablauf einer Konsultation: Anamnesegespräch, fallabhängige Untersuchung, Diagnostik, Behandlung, Empfehlungen.
Dauer, Anzahl und Abstände der Termine: richten sich nach dem Behandlungsverlauf. Kurztermine nach Vereinbarung.

II. Honorar:

Als Honorar für einen Standard-Termin wird unabhängig von der zeitlichen Länge, **Stand 01/2024: ca. 98 €**, und für das zukünftige Bestehen dieses Vertrages, 98-125€ vereinbart, wobei wir Sie stets über den aktuellen Stand informieren. **Kurz-Termine und Doppel-Termine nach Vereinbarung.** Ferner können ggf. alle Leistungen abgerechnet werden, die für den Patienten aufgewendet werden, auch ohne seine Anwesenheit vor Ort (z.B. Erstellung von Behandlungsplänen, Telefongespräche, u.Ä.). **Das Honorar ist in voller Höhe von Ihnen selbst an die Praxis zu zahlen**, und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung fällig. **Eine Erstattung der Kosten durch Ihre Krankenversicherung ist von unserer Seite nicht garantierbar.**

Gesetzliche Krankenversicherungen erstatten evtl. einen Anteil der Osteopathie Behandlung, ggf. mit Rezept.

Private Krankenversicherungen und Beihilfestellen erstatten die Leistungen eines Heilpraktikers anteilig oder vollständig, sofern sie Teil des Tarifes sind. Unsere Abrechnung orientiert sich an der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). **Die Höhe unserer Sätze ist unabhängig von den Höchstsätzen die Ihr Versicherungstarif erstattet.**

*** Für die Abklärung der Kostenerstattung durch Ihre Krankenversicherung sind Sie selbst zuständig**, am besten vor Ihrem ersten Termin mit uns. Rechnungen können nach Ausstellung nicht mehr geändert werden.

Die Fälligkeit an die Praxis ist unabhängig davon, ob für den Patienten gegenüber Dritten bzw. Krankenversicherungen ein Erstattungsanspruch besteht, oder von einer abweichenden Erstattung, Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, oder wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Diagnostik und Therapien.

III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen / Kosten bei nicht eingehaltenen Terminen:

Die für Termine vereinbarte Zeit ist für den jeweiligen Patienten reserviert. Dieser ist verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, oder ggf. eine erforderliche **Absage frühzeitig, spätestens 1 vollen Werktag vorher** zu leisten, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig anderweitig verplant werden kann. Sonst behalten wir uns vor, entsprechend §615 BGB, **nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen**. Wir bitten um Ihr Verständnis für entstehende Kosten und Ausfälle.

IV. Aufklärung über Heilanwendungen:

Osteopathie ist eine manuelle (mit den Händen erfolgende) Heilanwendung, die dem Untersuchen, Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Diese werden im Patienten in seiner Gesamtheit betrachtet. Anwendungen erfolgen für die Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe, des Nervensystems und des Cranio-Sacralen Systems, sowie deren zusammenhängende Funktionen. Eine Gewähr für subjektiv erwartete Erfolge der Behandlung kann nicht übernommen werden.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung d.h. als *Erstversorgung* kontraindiziert bei: akuten Blutungen, Brüchen, Aneurysmen, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Tumorerkrankungen, Bluterkrankheit, Thrombosen, spontanen Hämatombildungen, Fieber, Infektionserkrankungen, akuten Entzündungen.

Risiken der Behandlung sind: Müdigkeit, muskelkaterähnliche Schmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, Schlafstörungen, kurzfristige Symptomverschlimmerung, Akutwerden einer chronischen Entzündung.

Risiken eines chiropraktischen Eingriffs: Gelegentlich leichte Beschwerden in den Gelenken und in der Haut. In seltenen Fällen (Wahrscheinlichkeit 1:400.000 – 1:2.000.000) kann es bei entsprechenden Voraussetzungen, zu Schädigung des Rückenmarks oder Schlaganfall kommen.

V. Bitte angeben: individuelle Risikofaktoren / chronische Erkrankungen des Patienten:

VI. Zukünftige Änderungen dieser Vereinbarung können hier vermerkt werden mit Datum und Unterschrift: