

Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung



PRIVATPRAXIS
für **Prävention** und **Ganzheitsmedizin**
Hormon- und Stoffwechseltherapie

Zwischen

Herrn/Frau _____

(nachfolgend Patient/-in)

und

Heilpraktiker Martin Ostermaier (nachfolgend Behandler)

Praxisanschrift:

a) Rosenstr. 16, 84562 Mettenheim

b) Donaustr. 14, 93309 Kelheim

I.) Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt beim Behandler eine heilkundliche Behandlung mit naturheilkundlichen Heilverfahren einschließlich der notwendigen Diagnostik- und Testverfahren in Anspruch. Es können Verfahren Anwendung finden, denen eine wissenschaftliche / schulmedizinische Anerkennung fehlt. Der Behandler erbringt seine Dienste nach dem fachlichen Standard eines Heilpraktikers. Die Behandlungsmethoden beruhen jeweils auf einem nach naturheilkundlichen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz.

Insbesondere werden folgende Verfahren und Techniken angewandt:

a) Diagnostik:

- a) Anamnese
- b) Klassische körperliche Untersuchungen
- c) Bio-Impedanz-Analyse (BIA)
- d) HRV-Messungen (Herz-Raten-Variabilität), einschl. Respiratorischer Sinus-Arrhythmie (RSA-Messung)
- e) Labordiagnostik (Blut, Urin, Stuhl und Speichel)

b) Behandlung:

- a) Orthomolekulare Medizin, einschl. Injektions- und Infusionsbehandlung
- b) Ernährungsanalyse und -anpassung
- c) Darmsanierung
- d) Mesotherapie und Akupunktur
- e) Bio-Feedback-Behandlung
- f) Kinesiologisches Taping
- g) Emotional Taping nach Dr. Weber
- h) Spenglersan Therapie
- i) Dorn-Breuß-Behandlung

II.) Vergütung

Es gelten die Sätze des in der Anlage beigefügten **individuellen Honorarverzeichnis**, welches Bestandteil dieses Vertrages ist. Das herkömmliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) kommt nicht zur Anwendung.

Ersttermine sind voll vergütungspflichtig.

III.) Ausfallhonorar

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen schuldet der Patient dem Behandler ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 €. Der Ausfallbetrag ist sofort fällig. Verspätet sich der Patient mehr als 10 Minuten, besteht kein Anspruch auf Durchführung der Behandlung. Satz 1 gilt in diesem Fall entsprechend.

Die vorstehenden Zahlungsverpflichtungen treten nicht ein, wenn der Patient mindestens 72 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am (rechtzeitigen) Erscheinen verhindert ist. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Behandler.

IV.) Schweigepflicht

Der Behandler bewahrt über alle therapeutisch relevanten Umstände, die ihm in Ausübung seines Berufes über den Patienten bekannt werden Verschwiegenheit. Ausgenommen sind gesetzliche Offenbarungspflichten, bspw. aus dem Infektionsschutzgesetz.

V.) Mitteilungspflicht des Patienten

Der Patient verpflichtet sich, den Behandler wahrheitsgemäß über anderweitige in zeitlichem Zusammenhang erfolgende Behandlungen durch Dritte und Medikationen zu unterrichten.

Der Behandler weist darauf hin, dass bei Verschweigen einer solchen Behandlung ein erhebliches Gesundheitsrisiko für den Patienten bestehen kann. Die Kenntnis der Drittbehandlungen ist für eine fachgerechte Ausübung der heilkundlichen Leistung des Behandlers zwingend erforderlich. Andernfalls kann es (z.B. aufgrund von Kontraindikationen einzelner Verfahren) zu risikoträchtigen Komplikationen im Behandlungsverlauf kommen.

VI.) Weitere Hinweise

1. Heilpraktiker dürfen weder verschreibungspflichtige Medikamente verordnen noch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen. Hierzu wenden Sie sich bitte an einen Arzt.
2. Die Patientin/der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung eine ärztliche Therapie nicht in allen Fällen ersetzen kann. Sofern ärztliche Rat erforderlich ist, wird der Behandler dies der Patientin/dem Patienten unverzüglich mitteilen.

VII.) Einwilligung zur Datenverarbeitung

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Ich bin damit einverstanden, dass die Heilpraktikerpraxis „Privatpraxis Martin Ostermaier, Rosenstraße 16, 84562 Mettenheim und Donaust. 14, 93309 Kelheim“ Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer elektronischen Patientenakte, sowie in Papierform.

Einwilligung zur Kontaktaufnahme und Versand sensibler Daten per eMail

Ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung telefonisch, sowie per eMail kontaktiert werden darf. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass sensible Daten zu meiner Person (z.B. Befunde, Korrespondenz und Therapiekonzepte) im Bedarfsfall per unverschlüsselter eMail an mich gesendet werden.

Einwilligung zur Verwendung der Webanwendung „therapieplan.de“

Ich bin damit einverstanden, dass zur Vereinfachung der Bestellung eventuell erforderlicher Präparate meine Daten (Name und eMail-Adresse) in der Anwendung „therapieplan.de“ verwendet werden.

Hinweise:

Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.

Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber uns widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Wir führen die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

VIII.) Anlagen

Die folgenden Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:

- Merkblatt „wirtschaftliche Aufklärung“
- Individuelle Honorartabelle, Stand Januar 2019
- Informationen zum Datenschutz

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

Ort, Datum

Patientin / Patient
(ggf. Vertretungsberechtigter)

Martin Ostermaier
Heilpraktiker