



# Behandlungsvertrag

Zwischen

Patient/-in Herr/Frau

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Und Heilpraktikerin Albena Moeller

Ritter-Wulf-Platz 3

21493 Schwarzenbek

## #1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische, naturheilkindliche Behandlung des Patienten. Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen u.a. auch wissenschaftlich/ schulmedizinisch nicht erkannte naturheilkundliche Heilverfahren. Gegenstand ist die Erbringung der Leistung, nicht jedoch der Behandlungserfolg, der grundsätzlich nicht garantiert werden kann. Die Untersuchungen und ggf. auch die Behandlungen werden auf Wunsch und auf ein eigenes Risiko des/der Patienten/-in erbracht.

## #2 Preise

Der/Die Patient/-in wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungen nicht oder nicht vollständig von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht vollständig in vollem Umfang seitens anderer Kostenträger gewährleistet ist. Der Vergütungsanspruch des Heilpraktikers ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte.

Bei dem ersten Termin wird eine ausführliche Anamnese gemacht und bei Bedarf anschließend eine Behandlung. Der erste Termin dauert zwischen 90-120 Minuten und kostet 150,- Euro. Für die Folgetermine berechnet sich das Honorar nach dem jeweiligen Zeitaufwand. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 90,- Euro pro Stunde. Das Honorar ist in Bar oder mit EC Karte zu zahlen.

Für die Privaten Krankenversicherungen werden Rechnungen nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH) erstellt. Da die Preise seit 1985 nicht angepasst worden sind, können sie auf der Rechnung abweichend von GebüH sein.

### **#3 Terminvereinbarung**

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für den/die Patienten/-in reserviert wird. Der/Die Patient/-in erkennt mit der Vergabe des Termins die nachfolgenden Zahlungs- und Geschäftsbedingungen an. Ein Vertrag kommt zustande, wenn der/die Patient/-in einen Termin vereinbart. Wird ein Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 50% der reservierten Therapiezeit berechnet da der Termin leider so kurzfristig nicht belegt werden kann. Absagen sind nur telefonisch möglich.

### **#4 Mitwirkungspflichten**

Der/Die Patient/-in ist verpflichtet, vor der Behandlung unaufgefordert auf bekannte, relevante Erkrankungen, insbesondere auf eine bestehende Schwangerschaft und sonstige Umstände hinzuweisen, die Untersuchung/ Behandlung und deren Ergebnis beeinflussen können. Der/Die Patient/-in versichert daher mit seiner/ihrer Unterschrift, die Gesundheitsfragen im Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Er/Sie verpflichtet sich weiter, relevante gesundheitliche Änderungen umgehend unaufgefordert mitzuteilen.

### **#5 Laborkosten/Kosten für Medikamente**

Die Kosten für Laboruntersuchungen von Fremdlaboren gehen zu Lasten und auf Rechnung des/der Patienten/-in. Alle Medikamente gehören zu den Eigenleistungen des/der Patienten/-in. Die Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.

### **#6 Datenschutz**

Der/Die Heilpraktiker/-in schützt die personenbezogenen Daten des Vertragspartners und nutzt diese nur im Einklang mit den Datenschutzrechtlinien Bestimmungen. Er/Sie hat das Recht, im Rahmen der Zweckbestimmung des Auftrags, die ihm anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten oder durch Dritte verarbeiten lassen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung des/der Patienten/-in. Der/Die Patient/-in ist mit der Weitergabe ihrer Daten zu Kommunikation mit dem verordneten Arzt einverstanden. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist der/die Heilpraktiker/-in verpflichtet diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### **#7 Einverständniserklärung Datenerhebung** (bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation gespeichert werden.

---

Datum, Unterschrift Heilpraktiker/-in

---

Datum, Unterschrift Patient/-in