

# BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen

PhytoMed Naturheilpraxis - Heike Hummel (Heilpraktiker)  
und dem Patienten



Vorname – Name (Patient)		Geburtsdatum	
Vorname – Name (Erziehungsberechtigter / Hauptversicherter)			
Straße - Hausnummer		PLZ - Wohnort	
Rufnummer (Festnetz / Handy)		eMail-Adresse	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Kasse (= Selbstzahler)		+ <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Privatversicherung <input type="checkbox"/> Postbeamten Krankenkasse		+ <input type="checkbox"/> Beihilfe	

## §1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine **heilpraktikertypische Beratung, Diagnostik und heilkundliche Behandlung** des Patienten. Die Behandlungen des Heilpraktikers umfassen **unter anderem auch wissenschaftlich, schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren**.

## § 2 Versprechen auf Heilung

Auf sämtliche Behandlungsmethoden wird **keine Garantie auf Heilung oder Linderung** gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass **kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG)** gegeben wird.

## § 3 Behandlungshinweis

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die **Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt**. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.

## § 4 Schweigepflicht

Der Heilpraktiker verpflichtet sich, über alles Wissen, das er in seiner Berufsausübung über die Patienten erhält, **Stillschweigen zu bewahren**. Der Heilpraktiker offenbart das Berufsgeheimnis nur dann, wenn der Patient ihn von der Schweigepflicht entbindet bzw. entbunden hat.

Ausnahme: Der Heilpraktiker ist jedoch von der Schweigepflicht befreit, wenn er aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet ist - beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen - oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist / wird.

## § 5 Sorgfaltspflicht und kollegiale Zusammenarbeit mit weiteren Therapeuten

Der Heilpraktiker betreut seine Patienten mit der **größtmöglichen Sorgfalt**. Er wendet jene Heilmethoden an, die nach seiner Erfahrung und seinem Ausbildungsstand zur Linderung, Unterstützung und ggf. zur Heilung (kein Heilversprechen) der Beschwerden führen können. Letztendlich entscheidet der Therapeut aufgrund seiner Verantwortung, welche Verfahren zur Diagnosefindung und/oder Behandlung notwendig sind.

**Zusammenarbeit und Therapieergänzung durch Ärzte, Physiotherapeuten oder diverse alternativ-medizinische Therapeuten sind grundsätzlich natürlich wichtig, notwendig und wünschenswert, sofern gleiche Ziele verfolgt werden und es sich um bewährte und bekannte Verfahren handelt.** Diese Anwendungen sollten bezüglich Nutzen, Risiko und Sorgfalt abschätzbar sein, **ansonsten behält sich der Heilpraktiker vor, seine weiteren Behandlungen möglicherweise zu unterbrechen oder aus Sorgfaltspflicht abzulehnen.**

# BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen

PhytoMed Naturheilpraxis - Heike Hummel (Heilpraktiker)  
und dem Patienten



## § 6 Aufklärungspflicht / Aufklärungsumfang

Der Heilpraktiker ist verpflichtet, dem Patienten zu Beginn und im Verlauf einer Behandlung, **soweit erforderlich, wesentliche Umstände einer Diagnostik und Therapie zu erläutern.** Die **Aufklärungspflicht umfasst Informationen zum Gesundheitszustand, Art der Erkrankung, Diagnostik, Behandlung, sowie Behandlungsalternativen, Therapieverlauf, mögliche Risiken und Begleiterscheinungen.**

## § 7.1 Honorarvereinbarung Selbstzahler / Kostenerstattung durch gesetzliche Krankenkassen

Behandlungskosten durch Heilpraktiker werden in der Regel von **gesetzliche Krankenkassen nicht erstattet.**

**Selbstzahler-Honorare für naturheilkundliche Diagnostik - und Therapieverfahren** werden an die Empfehlung des GebÜH-Verzeichnis angelehnt.

**Beratungsleistungen** - sowohl persönlich in der Praxis, als auch telefonisch oder in schriftlicher Form - werden nach Zeit-/Aufwand berechnet. **Jede angefangene ¼ Stunde (15 Min.) wird mit bis zu 22,-€ berechnet.**

Beratungshonorare werden ggf. je nach zusätzlichen Maßnahmen zwecks Haftungsnachweis mit entsprechenden Leistungsziffern kombiniert.

**Die Kosten für externe Laboruntersuchungen** gehen zu Lasten und auf Rechnung des Patienten.

**Beispiele für Kostenpauschalen für Selbstzahler** können auf der Praxishomepage im Onlinekalender unter der jeweiligen Buchungsoptionen eingesehen werden. Alle weiteren Kosten können gerne angefragt werden.

## § 7.2 Honorarvereinbarung PKV / Kostenerstattung durch Privatversicherungen

Bei **Privatkassen bzw. privaten Zusatzversicherung erfolgt die Erstattung von Behandlungskosten nur im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages und umfassen meist nicht alle bewährten Heilkundeverfahren oder Innovationen,** welche aufgrund guter Erfahrungen in der Praxis genutzt werden. Auch wird die volle Rechnungshöhe i.d.R. abweichend erstattet und es kann es zu einer **zumutbaren Selbstbeteiligung** kommen. Es obliegt dem Patienten sich bei seiner Krankenversicherung zu erkundigen.

**Abrechnungen nach dem Verzeichnis der GebÜH oder Hufeland sind keine gesetzliche Verpflichtung.**

Der Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Krankenversicherungsleistung und/oder -Beihilfeleistung in voller Höhe.

**Die Kosten für externe Laboruntersuchungen** gehen zu Lasten und auf Rechnung des Patienten.

## § 8 Terminversäumnis - Ausfallhonorar

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, dann wird um möglichst frühzeitige Absage bis zu 24 Stunden vorher gebeten. Ansonsten wird u. U. ein nicht wahrgenommener Termin mit 25,-€ je 30 Minuten pauschal als Ausfallzeit in Rechnung gestellt.

## § 9 Zahlungsmodalitäten

Akzeptierte Zahlungsmittel sind **EC-Cash oder Barkasse** - Zahlungen per **Überweisung nur in Ausnahmen** möglich.

### Aufklärungsbestätigung und Einwilligung:

Ich wurde über die aufgeführten Punkte §1-9, insbesondere über Aufklärungspflicht und -umfang, sowie Leistungs-abrechnung umfassend und ausreichend informiert. Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis.

Vor- und Nachname des Patienten (in **Druckbuchstaben**):.....

Unterschrift des Patienten.....Wermelskirchen, den.....