

BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen

PhytoMed Naturheilpraxis - Heike Hummel (Heilpraktiker)
und dem Patienten



Vorname – Name (Patient)		Geburtsdatum	
Vorname – Name (Erziehungsberechtigten / 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 **medizinische Beratung, Diagnostik und heilkundliche Behandlung** des Patienten durch einen Heilpraktiker. 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 oder diese die Grenzen seiner Sorgfaltspflicht überschreitet. Fragestellungen im Rahmen einer Behandlung oder Therapieempfehlung können nur sehr begrenzt per eMail erfolgen, da dieses rechtliche Bestimmungen und unsere Sorgfaltspflicht nicht zulassen. Aus den gleichen Gründen erfolgen Befundbesprechungen grundsätzlich weder telefonisch noch per eMail.

§ 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 von 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 – nicht der Patient!
Zusammenarbeit und Therapieergänzung durch Ärzte, Physiotherapeuten oder diverse alternativ-medizinische Therapeuten sind grundsätzlich natürlich wichtig, notwendig und wünschenswert, sofern gleiche Ziele verfolgt

BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen

PhytoMed Naturheilpraxis - Heike Hummel (Heilpraktiker)
und dem Patienten



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.

§ 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 **gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet**. **Selbstzahler-Honorare für naturheilkundliche Diagnostik – und Therapieverfahren** werden an die Empfehlung des GebÜH-Verzeichnisses angelegt.

Beratungsleistungen - sowohl persönlich in der Praxis als auch telefonisch oder in schriftlicher Form - werden nach Zeit-/Aufwand berechnet. Beratungshonorare werden ggf. je nach zusätzlichen Maßnahmen, Behandlungen, Dokumentation zwecks Haftungsnachweis mit entsprechenden Leistungsziffern kombiniert.

Jede angefangene ¼ Stunde (15 Min.) wird mit mind. 22,-€ Honorar berechnet.

Die Kosten für externe Labor-/ Diagnostikleistungen gehen zu Lasten und auf Rechnung des Patienten.

§ 7.2 Honorarvereinbarung PKV / Kostenerstattung durch Privatversicherungen

Bei Privatkassen bzw. privaten Zusatzversicherung erfolgt die Erstattung unserer Honorarrechnungen nur im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages und umfassen meist nicht alle bewährten Heilkundeverfahren oder Innovationen, welche aufgrund guter Erfahrungen in der Praxis genutzt werden. Da die GebÜH seit 1985 nicht angepasst wurde, sind Honorare teils höher als die Höchstsätze der GebÜH.

Abrechnungen nach dem Verzeichnis der GebÜH oder Hufeland sind keine gesetzlichen Verpflichtungen!

Sollten Zusatzversicherungen oder Privatkassen/Beihilfe abweichend erstatten, kann es zu einer **zumutbaren Selbstbeteiligung** kommen. Unser Honoraranspruch gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Krankenversicherungsleistung und/oder -Beihilfeleistung in voller Höhe innerhalb von 7 Tagen.

§ 8 Terminversäumnis - Ausfallhonorar

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, dann wird um möglichst frühzeitige Absage bis zu 24 Stunden vorher gebeten. Ansonsten wird ein nicht wahrgenommener Termin mit 15,-€ je angef. 15 Minuten pauschal als Ausfallzeit in Rechnung gestellt. Mögliche weitere, individuelle Ausfallpauschalen je nach Therapie, vorbereitete Materialien oder Terminpaketen entnehmen Sie den jeweiligen Terminbuchungshinweisen und den AGBs auf der Homepage.

§ 9 Zahlungsmodalitäten

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

Aufklärungsbestätigung und Einwilligung:

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

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

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

Zum Zweck der medizinischen Behandlung und Beratung werden Ihre Daten nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien der DSGVO gesichert und abgespeichert.

Sie haben das Recht auf eine Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu Ihrer Person. Sie können jederzeit die Löschung, Berichtigung und Sperrung Ihrer Daten verlangen und diese Erklärung ganz oder teilweise schriftlich widerrufen.

Die Schweigepflicht und die gesetzlichen Vorgaben bzgl. Aufbewahrungspflichten werden durch die DSGVO nicht aufgehoben. Befunde werden ebenfalls nach DSGVO gesichert und erst nach einer sorgfältigen Befundbesprechung durch den behandelnden Therapeuten ausgehändigt.

Alle ausführlichen Informationen zu unserem Datenschutz finden Sie auf der jeweiligen Homepage.

Hierzu benötigen wir Ihre Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. DSGVO.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung und Beratung

in der PhytoMed Naturheilpraxis und/ oder PhytoCept Gesundheitskonzepte

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen:

Vorname: _____ Name: _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung von meinen personenbezogenen Daten bzw. der Daten unseres oben namentlich aufgeführten Kindes, an mitbehandelnde oder diagnostizierende Ärzte, Therapeuten, Labore und Partner - sofern sich eine Notwendigkeit der Datenweitergabe ergibt.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Klienten/ Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:

Datenschutzrechtlich Verantwortlicher: