

Behandlungsvertrag Osteopathie

zwischen

Familorum Raesfeld – Natalia Emmert
Borkener Straße 2
46348 Raesfeld
behandelnde Osteopathin ist Frau Manuela Ludwig

Und (bei Minderjährigen reicht ein Erziehungsberechtigter)

Name: _____ Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefon/Handy Nr.: _____

Geburtsdatum: _____._____._____ (ggf. ET: _____._____._____)

Behandelt werden soll:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____

Privat (zusatz-) versichert: ☐ Ja ☐ Nein

Beihilfe, wenn ja welche: _____ (Bund/Land/Post)

Vertragsgegenstand

Es handelt sich um einen Behandlungsvertrag nach §630 a ff BGB in Verbindung mit §611 BGB, der dann zustande kommt, wenn der Patient diesen Behandlungsvertrag unterschrieben hat oder in einer anderen Weise das Angebot des Familorums formlos angenommen hat. Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische oder heilpraktische Behandlung des Patienten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag die Anrede „Patient“ genutzt, dabei ist von Patienten jeglichen Geschlechts die Rede.

Vergütung/Honorar

Eine Behandlungseinheit dauert ca. 50 Minuten. Sie umfasst Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung, therapeutisches Gespräch, Beratung, Empfehlung. Wir rechnen die osteopathische Leistung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) ab.
Die Kosten pro Behandlungseinheit betragen **ungefähr zwischen 90,- und 105,-€.**

Die Rechnung wird Ihnen zeitnah nach Ihrem Termin per Mail gesendet – bitte prüfen Sie dahingehend regelmäßig auch Ihren Spam-Ordner.

Private Krankenversicherungen und Beihilfestellen, sowie auch gesetzliche Krankenkassen besitzen unterschiedliche Vergütungsregelungen für osteopathische Behandlungen. Bitte beachten Sie aus diesem Grund, dass Sie persönlich Vertragspartner sind und dieser Behandlungsvertrag rechtlich völlig unabhängig von Ihrem Krankenversicherungsvertrag und Ihren Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten ist. Die Rechnung wird unverzüglich nach Erhalt in voller Höhe zur Zahlung fällig. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Behandlungserfolg abhängig. Für die Therapeutin besteht die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs – und Sorgfaltspflicht.

Absageregulung

Das Famlorum Raesfeld wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist. Für den Fall, dass ein Termin seitens des Patienten nicht wahrgenommen werden kann, muss dieser 24 Stunden zuvor abgesagt werden. Der Termin wird dann kostenfrei storniert und ggf. ein Ersatztermin angeboten.

Unentschuldigt nicht wahrgenommene, oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit einem Betrag in Höhe von €95,- in Rechnung gestellt.

Der Patient hat die Möglichkeit per Telefon unter 01575 55 44 169, per WhatsApp 01575 55 44 169, oder per Mail info@famlorum.de abzusagen.

Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Die Therapeutin verpflichtet sich, die Privatsphäre des Patienten zu wahren und keinen Inhalt aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. In besonderen Fällen, wie z.B. einer Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes, oder gerichtliche Anordnung, ist die Therapeutin von der Schweigepflicht entbunden.

Datenschutz

Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass personenbezogene Daten für die Verwaltung erhoben und nach datenschutzrechtlichen Grundsätzen und gesetzlichen Vorschriften gespeichert und verarbeitet werden. Das Famlorum Raesfeld verpflichtet sich, alle Informationen und Daten vertraulich zu behandeln und Dritten nicht zugänglich zu machen. Diese Verpflichtung erstreckt sich auch über die Beendigung der Behandlung hinaus. Das Famlorum Raesfeld unternimmt alle wirtschaftlich und technisch zumutbaren Vorkehrungen, um die Daten vor dem Zugriff Dritter zu schützen. Das Famlorum Raesfeld verwendet die Daten ausschließlich zu eigenen Zwecken. Der Patient hat das Recht, der Speicherung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten jederzeit zu widersprechen.

Therapeutische Anmerkungen/Aufklärung

Die Osteopathie ist eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von Störungen der Muskel-, Gelenk-, Nerven- und Organfunktionen. Mit Hilfe der Osteopathie können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden. Es wird nicht nur das Krankheitsbild bzw. die Symptome an sich behandelt, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit. Osteopathie ist wegen des ganzheitlichen Ansatzes nicht für alle Krankheiten geeignet. Der Gang zum spezialisierten Facharzt oder zum Allgemeinmediziner kann durch die Osteopathie nicht ersetzt werden.

Als kurzfristig vorübergehende Reaktionen können u.a. auftreten:

- kurzfristige Erstverschlimmerung der Symptome
- Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen
- Veränderung der Körperausscheidungen/ des Menstruationszyklus
- Schlafstörungen

Als *Gegenanzeige* einer Behandlung sind beispielhaft zu nennen:

- akute Entzündungen /akute fieberhafte Erkrankungen / akute Brüche
- Tumore / Thrombosen / Aneurysmen
- spontane Hämatombildung / Rheuma
- schwere neurologische Störungen
- implantierte Fremdkörper (HSM/Spirale)
- TBC
- längere Behandlungen mit Cortison

Individuelle Risiken des Patienten (Osteoporose, Rheuma, Herzerkrankung,...):

Sollten Sie während oder nach der Behandlung irgendwelche Missempfindungen haben, teilen Sie dies bitte sofort mit. Scheuen Sie sich nicht, jederzeit Fragen zu stellen. Die Aufklärung ist Voraussetzung dafür, dass Sie rechtswirksam in die geplante Behandlung einwilligen können. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen und die Behandlung abbrechen.

Erklärung

Ich bin mündlich/schriftlich ausführlich aufgeklärt worden. Ich wurde über die Behandlung sowie deren Risiken und Nebenwirkungen informiert. Es wurde auf meine Fragen eingegangen. Ich willige hiermit in die Behandlung ein. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit die Behandlung auf eigenen Wunsch abbrechen kann.

Vor- und Nachname *(wie oben)*

Unterschrift (bei Minderjährigen die eines
Erziehungsberechtigten)

Ort, Datum

Unterschrift Frau Ludwig