

Behandlungsvertrag Heilpraktikerleistungen bei Kindern

zwischen

**TriPhysio, Praxis für Osteopathie und Physiotherapie,
Burkhard und Marleen Maier GbR**

.....
nachfolgend Praxis genannt

und

.....
nachfolgend Patient genannt (ggf. gesetzlicher Vertreter)

wird folgender Vertrag geschlossen: **(Stand März 2024)**

§ 1 Vertragsgegenstand

Auf Wunsch und auf eigenes Risiko des Patienten/der Erziehungsberechtigten werden Heilpraktikerleistungen erbracht. Gegenstand ist die Erbringung der Leistung, nicht jedoch der Behandlungserfolg, der nicht garantiert werden kann.

Eine Behandlungseinheit beträgt je nach Vereinbarung etwa 20-25 oder 40-55 Minuten. Eine kürzere oder längere Behandlungszeit ist möglich; die Kosten richten sich nach der Behandlungsdauer. Die Praxis behält sich vor, Patientenwünsche ohne Begründung abzulehnen.

Die Einbeziehung, Auslegung dieser Geschäftsbedingungen sowie Abschluss und Auslegung der Rechtsgeschäfte mit der Praxis unterliegen allein dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Nebenabreden bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch, wenn auf die Schriftform verzichtet wird.

§ 2 Preise

Die Vertragspartner vereinbaren hiermit die Erbringung einer Heilpraktiker-Behandlung.

Der Behandlungspreis richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) / nach den Bundesbeihilfetarifen. **Der Patient 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 in vollem Umfang seitens der Kostenträger gewährleistet ist. Der Anspruch des Therapeuten ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte.**

Eine Behandlung kostet je nach den einzelnen erbrachten Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten etwa **95,00-97,00,-€** pro Stunde und für privat und zusatzversicherte Patienten **100,00-125,00,- €** pro Stunde, kürzere Behandlungszeiten entsprechend weniger (genauere Aufschlüsselung gemäß Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker zur Einreichung bei privaten Kassen.)

§ 3 Terminvereinbarung

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für den Patienten reserviert wird.

Der Patient erkennt mit Vergabe des Termins die nachfolgenden Zahlungs- und Geschäftsbedingungen an. Ein Vertrag kommt zustande, wenn der Patient einen Termin vereinbart.

Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, **wird eine Gebühr in Höhe von 50,- € fällig. Im Wiederholungsfalle 95,- €** (bei einer einstündigen Behandlung, kürzere Termine entsprechend weniger).

Absagen sind telefonisch (auch auf den Anrufbeantworter) oder per Mail möglich, bei Krankheit akzeptieren wir eine Absage bis 9:00 desselben Tages.

§ 4 Kontraindikationen und Risiken

Bei folgenden Kontraindikationen sollte eine Behandlung nicht oder nur unter vorheriger Absprache stattfinden; der Patient/die Erziehungsberechtigten bestätigen, dass folgende Diagnosen nicht vorliegen, bzw. hat die Praxis über das Vorhandensein der Diagnose informiert:

- Knochenbrüche, die noch nicht wieder gefestigt sind
- Rückenmarkfehlbildungen
- Blutungen
- akute Infektionskrankheiten
- gutartige und bösartige Tumore sowie Metastasen

Die Eltern werden darauf hingewiesen, dass nach einer Behandlung muskelkaterartige Beschwerden, Unruhe oder verstärkte Müdigkeit auftreten können. Im Zweifelsfall zögern Sie nicht, Kontakt zur Praxis aufzunehmen, um Reaktionen auf die Behandlung abzuklären.

§ 5 Schriftform

Rechtserhebliche Erklärungen und Anzeigen, die nach Vertragsschluss durch den Patienten abzugeben sind (z.B. Fristsetzungen, Mängelanzeigen, Erklärung von Rücktritt oder Minderung), bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

§ 6 Behandlungsakte

Der Behandler führt über jeden Patienten eine Akte. Eine Herausgabe dieser Akte an den Patienten/die Erziehungsberechtigten im Original ist ausgeschlossen. Möglich sind ausschließlich Kopien gegen Kostenerstattung auf Verlangen des Patienten.

§ 7 Kündigung

Der Behandlungsvertrag kann jederzeit von beiden Parteien ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden - zur Unzeit ist eine Kündigung durch den Therapeuten jedoch nur zulässig, soweit hierfür ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn der Patient/die Erziehungsberechtigten erforderliche Anamnese- oder Diagnoseauskünfte nicht, unzutreffend oder vorsätzlich lückenhaft erteilt.

§ 8 Mitwirkungspflichten

Der Patient/die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, vor der Behandlung unaufgefordert auf bekannte, relevante Erkrankungen und sonstige Umstände hinzuweisen, die die Behandlung und deren Ergebnis beeinflussen können.

Der Patient/die Erziehungsberechtigten versichern daher mit ihrer Unterschrift, die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Sollten während oder nach der Behandlung Beschwerden/Missempfindungen o.ä. auftreten, wird der Patient diese umgehend dem Therapeuten mitteilen.

§ 9 Gesundheitsfragen

Der Patient/die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, vor der Behandlung die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; nachträgliche Änderungen sind unaufgefordert unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Haftung

Die Praxis haftet auf Schadensersatz gleich aus welchem Rechtsgrund nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Die Praxis ist nicht verantwortlich für den Verlust oder die Zerstörung von persönlichen Gegenständen des Patienten, die mit in die Praxis gebracht werden.

§ 11 Datenschutz

Die Praxis schützt die personenbezogenen Daten des Vertragspartners und nutzt diese nur im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Praxis hat das Recht, im Rahmen der Zweckbestimmung des Auftrags die ihm anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten oder durch Dritte verarbeiten zu lassen.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten. Dafür ist eine schriftliche Einwilligungserklärung notwendig. Das gilt insbesondere für die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt/Behandler.

Dem Patienten steht das Recht zu, seine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der wirksame Schutz der zur Verfügung gestellten personenbezogenen und sonstiger sensibler Patientendaten ist ein wichtiges Anliegen. Wir beachten den Grundsatz der Datenvermeidung. Es wird - soweit möglich - auf die Erhebung von personenbezogenen Daten verzichtet.

Jeder Patient hat das Recht, Speicherung seiner personenbezogenen Daten jederzeit zu widersprechen. Auf schriftliche Anfrage informiert die Praxis den Patienten über die über ihn erhobenen und gespeicherten Daten. Weiterhin besteht das Recht, unrichtige personenbezogene Daten auf Antrag berichtigen, löschen oder sperren zu lassen.

Sämtliche Daten werden durch technische und organisatorische Maßnahmen gegen Verlust, Zerstörung, Zugriff, Veränderung und Verbreitung gesichert.

§ 12 Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt dem deutschen Recht. Erfüllungsort und Gerichtsstand für sämtliche sich aus diesem Vertrag ergebende Verfahren ist die Praxis TriPhysio Burkhard und Marleen Maier, Hildesheimer Str. 238 in 30519 Hannover.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder infolge Änderungen der Gesetzgebung nach Vertragsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleiben die übrigen Vertragsbestimmungen und die Wirksamkeit des Vertrages im Ganzen hiervon unberührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll die wirksame und durchführbare Bestimmung treten, die dem Sinn und Zweck der nichtigen Bestimmung möglichst nahe kommt. Erweist sich der Vertrag als lückenhaft, gelten die Bestimmungen als vereinbart, die dem Sinn und Zweck des Vertrages entsprechen und im Falle des Bedachtwerdens vereinbart worden wären.

Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift, mündlich und schriftlich über den Behandlungsverlauf, mögliche Risiken und Komplikationen unterrichtet worden zu sein. Sämtliche Fragen sind ausreichend beantwortet worden, weitere nicht mehr offen.

Der Patient erklärt, die Behandlung in Kenntnis der Risiken zu wünschen.

Datum:..... **Unterschrift (gesetzlicher Vertreter):**.....

Bitte ankreuzen!

Nach Abschluss der Behandlung möchte ich eine Rechnung erhalten zum Einreichen bzw. für die (anteilige) Erstattung bei:

- meiner gesetzlichen Krankenkasse
- einer Zusatzversicherung
- einer privaten Versicherung/Beihilfe