



Heilpraxis Melina Jörgens

Luisenstraße 75
42103 Wuppertal

Tel.: 0202 – 74 78 376

Mobil: 0152 219 25 809

www.heilpraktikerin-in-wuppertal.de

info@heilpraktikerin-in-wuppertal.de

Behandlungsvertrag:

zwischen

Heilpraktikerin Melina Jörgens
Luisenstraße 75, 42103 Wuppertal

und

Vorname, Nachname, Straße + Hausnummer, PLZ + Wohnort

§ 1 Vertragsgegenstand:

Vertragsgegenstand ist die Inanspruchnahme einer naturheilkundlichen Behandlung.

Die Behandlung/en kann/können auch wissenschaftlich/schulmedizinisch nicht anerkannte Verfahren umfassen. Die Behandlung/en umfasst/umfassen auch die notwendigen Diagnose- und Testverfahren.

Ich erbringe meine Dienste mit größter Sorgfalt. Die Behandlungsmethoden werden abgestimmt und beruhen auf einem nach naturheilkundlichen Kenntnissen nachvollziehbarem Ansatz.

§ 2 Honorar:

Mein Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

Hinweis zum Honorar:

Wir Heilpraktiker nehmen generell nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Das heißt für Sie als gesetzlich Versicherter, dass Sie meine Honorare selbst tragen müssen.

Sind Sie privat versichert oder verfügen Sie über eine Zusatzversicherung, ist es möglich, dass Sie einen zumindest teilweisen Erstattungsanspruch gegenüber Ihrer Krankenversicherung haben.

Ich weise Sie darauf hin, dass regelmäßig nur die Behandlungskosten erstattet werden, die gem. § 1 Abs. 2 der allgemeinen Versicherungsbedingungen für

die Krankheitskostenversicherung als medizinisch notwendig eingestuft wurden. Nicht alle meine Behandlungen erfüllen diese Kriterien.

Deshalb ist es wichtig, dass Sie sich bei Ihrer Krankenkasse vor Inanspruchnahme meiner Dienste nach der Erstattungsfähigkeit erkundigen.

Gerne fertige ich Ihnen hierzu eine Kostenaufstellung an, die Sie dann bei der Krankenkasse vorlegen können.

Das Erstattungsverfahren ist von Ihnen gegenüber Ihrer Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattung oder Nichterstattung Ihrer Krankenkasse hat keinen Einfluss auf mein Honorar. Dieses ist von Ihnen in voller Höhe zu zahlen.

§ 3 Beratungen per Telefon/Mail:

Diese berechne ich wie unter § 2 angegeben nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.

§ 4 Laborkosten und Medikamente:

Die Kosten für Labor und Medikamenten sind von Ihnen zu begleichen, auch wenn die Beauftragung durch mich erfolgt. Die Kosten für Laboruntersuchungen und Medikamente werde ich mit Ihnen vorher absprechen.

§ 5 Ausfallhonorar:

Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, bitte ich darum, diesen 24 Stunden vorher abzusagen. Erfolgt keine Absage, behalte ich mir vor, den versäumten Termin mit einem Ausfallhonorar in Höhe von 40,-€ in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht, wenn Sie an dem Ausfall keinerlei Schuld tragen.

§ 6 Voraussichtliche Kosten Ihrer Behandlung:

Nach Anamnese und Diagnostik werde ich Ihnen die voraussichtlichen Kosten Ihrer Behandlung mitteilen (wirtschaftliche Aufklärung). Sollten sich die von mir angesetzten Kosten nicht nur unerheblich erhöhen, werde ich Ihnen dies gesondert mitteilen.

Die Kosten für Anamnese und Diagnostik und Behandlungsplan betragen unter Berücksichtigung von § 2 ca. 90-100,- €.
Die Kosten für weitere Behandlungen ohne erneute Anamnese betragen unter Berücksichtigung von § 2 ca. 75-85,- €.

§ 6 Aufklärung und Hinweise:

Meine Behandlung kann unter Umständen eine ärztliche Therapie nicht ersetzen. Sofern eine Weiterbehandlung durch einen Arzt erforderlich ist, wird eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen.

Dies gilt auch, wenn mir aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbotes eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Ich werde Sie nach bestem Wissen und mit aller Sorgfalt behandeln. Ich werde jeweils die Methoden anwenden, die für Ihr Beschwerdebild am effektivsten und kostengünstigsten sind. Dennoch kann ich Ihnen keine Garantie für eine Heilung oder Linderung geben.

Ich bin verpflichtet, Sie zu Beginn der Behandlung über Ihre Diagnose, die von mir gewählte Therapie, die Wirkung der Therapie, die mögliche gesundheitliche Entwicklung sowie Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen einer Behandlung aufzuklären.

Dies erfolgt je nach Behandlungsmethode in einer gesonderten Aufklärungsvereinbarung, die dann Bestandteil dieses Behandlungsvertrages wird. Bitte beachten Sie, dass ich weder verschreibungspflichtige Medikamente verordnen, noch Krankschreibungen ausstellen darf.

Aufgrund meiner Dokumentationspflicht weise ich Sie darauf hin, dass ich alle Angaben und Befunde aufbewahren muss.

§ 7 Mitteilungspflicht des Patienten

Sie verpflichten sich, mich über andere Behandlungen und/oder Medikationen zu informieren, die mit meiner Behandlung in zeitlichem Zusammenhang stehen. Sie dürfen mir solche Behandlungen bzw. Medikationen nicht verschweigen, da dann ein erhebliches Gesundheitsrisiko eintreten kann. Nur mit Ihrer Mithilfe und Ihren vollständigen Informationen kann ich Sie fachgerecht behandeln.

§ 8 Schweigepflicht:

Ich verpflichte mich, über alles, was Sie mir während der Behandlung mitteilen oder ich durch Befunde etc. erfahre, Stillschweigen zu bewahren.

Ich bin jedoch von der Schweigepflicht befreit, wenn ich aufgrund von gesetzlichen Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet bin (Meldepflicht bei bestimmten Krankheiten oder gerichtlicher Anordnung). Dies gilt auch für Auskünfte an Personensorgeberechtigte.

Weiter bin ich von der Schweigepflicht befreit, wenn Sie mich von der Schweigepflicht entbunden haben.

§ 9 Kommunikationswege:

Sie willigen ein, dass ich mich mit Ihnen über folgende Wege in Verbindung setzen darf:

- E-Mail _____
- SMS, Nr. _____
- Whatsapp, Nr. _____

Sie erlauben, dass über diese Wege auch Gesundheitsdaten versandt werden dürfen.

Ich erkläre, dass nur ich auf diese Kommunikationsmittel Zugriff habe und diese Daten jederzeit vor dem unberechtigten Zugriff Dritter geschützt sind.

Einwilligungserklärung:

Sie wurden über diesen Behandlungsvertrag umfassend informiert und bestätigen, alles verstanden zu haben und habe keine weiteren Fragen.

Sie willigen hiermit in diesen Behandlungsvertrag ein. Es steht Ihnen zu, eine Kopie dieses Behandlungsvertrages zu erhalten.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten