

BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen
Matthias Schmidt – Traditionelle Chinesische Medizin
 (im nachfolgenden Heilpraktiker genannt)
 und dem Patienten:

TITEL	
VORNAME*	
NACHNAME*	
GESCHLECHT*	
<input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich	
GEBURTSDATUM*	
VERSICHERUNGSTRÄGER	
<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> EK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> PKV <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK	
E-MAIL	DSGVO-Zustimmung und Rechnungen per E-Mail
MOBIL	Terminerinnerungen per SMS
FESTNETZ	
STRASSE/NR.*	
PLZ/ORT*	
BERUF	
BESCHWERDE/N	

***administrativ notwendige Daten**

§1 VERTRAGSGEGENSTAND

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlungen des Heilpraktikers umfassen unter anderem auch wissenschaftlich/schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren.

§2 VERSPRECHEN AUF HEILUNG

Auf alle 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 BEHANDLUNGSHINWEISE

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. Er 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. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünften an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige.

§5 SORGFALTPFLICHT

Der Heilpraktiker betreut seine Patienten mit der größtmöglichen Sorgfalt. Er wendet jene Heilmethoden an, die nach seiner Überzeugung und seinem Ausbildungsstand auf dem einfachsten, schnellsten und kostengünstigsten Weg zur Linderung und ggf. zur Heilung (kein Heilversprechen) der Beschwerden führen können.

§6 AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Der Heilpraktiker ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose und die Therapie, sowie die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung. Mit seiner Unterschrift unter diesen Vertrag bestätigt der Patient, dass nachfolgende Punkte umfassend besprochen wurden: Seinen Gesundheitszustand, die Art der Erkrankung, die Behandlungsmethode und deren voraussichtliche Dauer, die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen, Belastungen, Risiken und Erfolgchancen der Therapie.

§7 ERSTATTUNG DER BEHANDLUNGSKOSTEN DURCH DIE KRANKENKASSEN

Die gesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen erstatten die Behandlungskosten für Heilpraktiker in der Regel nicht. Bei Privatkassen bzw. privaten Zusatzversicherung erfolgt die Erstattung von Behandlungskosten nur im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages. Auch wird die volle Rechnungshöhe i.d.R. nicht erstattet. Es obliegt dem Patienten sich bei seiner Krankenversicherung zu erkundigen. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Krankenversicherungsleistung und/oder -Beihilfeleistung in voller Höhe.

§8 BEHANDLUNGSKOSTEN

Die Kosten der Behandlung/en werden nach Zeit- und Leistungsaufwand berechnet.

§9 PERSÖNLICHE PATIENTENDATEN UND BEFUNDE

Ich stimme zu, dass meine persönlichen und administrativ notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation meiner Behandlung gespeichert und verarbeitet werden. (Zustimmungserklärung per E-Mail/Unterschrift)

EINWILLIGUNG

Ich habe diesen Behandlungsvertrag gelesen und bin damit einverstanden. Ich wurde über die aufgeführten Punkte gut informiert und habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit in die Behandlung/en ein und bin damit einverstanden, dass Herr Matthias Schmidt im Rahmen der naturheilkundlichen Behandlung an mir manuelle und invasive Therapiemaßnahmen (Akupunktur, Schröpfen, usw.) durchführen darf.

DATUM/UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN

STEMPEL/UNTERSCHRIFT MATTHIAS SCHMIDT