



Behandlungsvertrag

Name:
Vorname:
geboren:

schliesst am

mit der Naturheilpraxis Schroeer, Gartenstrasse 15, 35586 Wetzlar folgenden Behandlungsvertrag ab:

§ 1 Vertragsgegenstand

Der/die Pat. nimmt eine naturheilkundliche und/oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch.

§ 2 Honorar/Kostenerstattung

Das Honorar berechnet sich nach dem Zeitaufwand. Die HP erhält hierfür eine vereinbarte Vergütung je volle Stunde. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet. Materialkosten werden zusätzlich nach Aufwand berechnet.

Das Honorar wird nach der Behandlung bar bezahlt. Bezahlung per Überweisung ist nach Absprache und nur in Ausnahmefällen möglich.

Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 kommt zur Anwendung:

- bei Patienten, die privat versichert sind
- bei Patienten mit einer Heilpraktikerzusatzversicherung

Der Patient hat das (Teil-)Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Differenzen zwischen Kosten und Erstattung sind vom Patienten zu tragen.

§ 3 Ausfallhonorar

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er der HP ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt ebenso bei einer Absage innerhalb 24 Stunden vor Behandlungstermin.

50% der geplanten Behandlungskosten sind fällig, wenn die Absage 48 bis 24 Stunden vor dem geplanten Termin erfolgt. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch die HP.

§ 4 Datenschutz

Die folgende Einverständniserklärung zur Erhebung / Dokumentation / Verarbeitung / Übermittlung (z.B. Labor) der Patientendaten ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

Einverständniserklärung Datenerhebung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation gespeichert werden. Die HP verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.
- Ich bin damit einverstanden, in den E-Mail-Verteiler aufgenommen und über aktuelle Veranstaltungen informiert zu werden. Diese Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

Ort, Datum, Unterschrift Heilpraktikerin

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in