

Behandlungsvertrag

Zwischen der Naturheilpraxis Parey und nachfolgender Patientin / nachfolgendem Patienten:

Name:

Geburtsdatum:

Bitte lesen Sie diese Vereinbarung in Ruhe durch und erklären anschließend mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis.

1) Kosten

Erstanamnesegespräch Jugendliche und Erwachsene: 175,00 EUR

Erstanamnesegespräch Kinder (bis zum 10. Lebensjahr): 150,00 EUR

Das Erstgespräch mit Erwachsenen dauert ca. 90-120 Minuten, mit Kindern und Jugendlichen ist es entsprechend des Alters bzw. der Krankengeschichte erfahrungsgemäß kürzer. Die Kosten gelten pauschal inklusive Auswertung und Erstellung Ihres persönlichen Therapiekonzeptes.

Dem Erstgespräch schließt sich in der Regel eine Woche später ein Folgetermin an, in dem wir Ihr Therapiekonzept und die für Sie passenden Behandlungsformen besprechen. Dieser dauert ca. 60-90 Minuten und wird zeitanteilig mit nachfolgendem Stundensatz abgerechnet.

Jede Folgebehandlung:

(60 Minuten) 100,00 EUR

Hypnosesitzung inkl. kurzem Vorgespräch:

(Ca. 90 – 120 Minuten) 150,00 EUR

Reine Massageanwendungen inkl. Kurzanamnese:

(60 Minuten) 80,00 EUR

Länger andauernde Termine (ausgenommen Hypnosetermine) werden zeitanteilig berechnet, basierend auf oben genannten Stundensätzen je angefangener fünfzehn Minuten.

Gleiches gilt für alle weiteren Beratungsleistungen (Telefonate, Emails oder über andere Kanäle).

2) Kostenübernahme durch Krankenkassen

Gesetzliche Krankenkassen

Behandlungen durch Heilpraktiker werden von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht übernommen. Es handelt sich bei meinen Leistungen also um Privatleistungen, die Sie selber aufbringen müssen.

Private Krankenkassen und Heilpraktiker-Zusatzversicherungen

Sind Sie privat- oder zusatzversichert, klären Sie die Kostenübernahme bitte direkt mit Ihrer Versicherung ab. Basierend auf den Bedingungen Ihres individuellen Vertrages werden Behandlungen durch Heilpraktiker von Ihrer Versicherung teilweise oder sogar ganz erstattet.

Die Rechnungserstellung erfolgt dann auf Basis der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Bitte beachten Sie, dass die Werte der GebüH aus dem Jahre 1985 stammen und daher der erstattungsfähige Maximalbetrag, den die privaten Versicherer ansetzen, nicht mit dem tatsächlichen Behandlungsaufwand in Relation steht. Es kann sich daher für Sie eine Selbstbeteiligung bei der Kostenübernahme ergeben.

Der Honoraranspruch besteht unabhängig von der Erstattung durch Dritte.

3) Laborleistungen

Kosten für eventuelle Blut-/Stuhl-/Urin-/Speicheluntersuchungen sind im Honorar nicht enthalten und müssen durch Sie beglichen werden. Dies geschieht entweder direkt mit dem Labor oder über mich, wobei ich die Kosten dann an Sie weiterreiche.

4) Medikamente

Auch die Kosten für gegebenenfalls verordnete Medikamente sind nicht in meinem Honorar enthalten und müssen durch Sie getragen werden.

5) Ausfallhonorar

Sollten Sie verhindert sein sagen Sie Ihren Termin bitte frühestmöglich ab, damit ich das für Sie reservierte Zeitfenster entsprechend anderweitig vergeben kann.

Wird ein Termin weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Beginn abgesagt oder nicht eingehalten, wird dieser mit dem vollen Honorarsatz berechnet. Das Ausfallhonorar bemisst sich an der Dauer des reservierten Zeitfensters.

Verspäten Sie sich, gibt es keinen Anspruch auf Verlängerung des Termins um die versäumte Zeit.

6) Mitwirkungspflichten

Auf bekannte, relevante Erkrankungen, eine bestehende Schwangerschaft oder sonstige Umstände, die die Untersuchung/Behandlung beeinflussen könnten, weisen Sie bitte vor Beginn der Behandlung unaufgefordert hin.

Ebenso beantworten Sie bitte alle Fragen in unseren Anamnese- und Behandlungsgesprächen oder ggf. im Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß.

Auch relevante gesundheitliche Änderungen teilen Sie mir bitte umgehend mit.

7) Vertragsinhalt

Untersuchungen und Behandlungen werden auf Ihren Wunsch und Ihr eigenes Risiko erbracht. Gegenstand ist die Erbringung der Leistung, nicht jedoch der Behandlungserfolg, der nicht garantiert werden kann. Es werden Methoden angewendet, die schulmedizinisch nicht immer anerkannt sind.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit den vorgenannten Bedingungen. Dieser Behandlungsvertrag wurde Ihnen vor Behandlungsbeginn ausgehändigt.

Datum

Unterschrift Patient/-in
bzw. Name und Unterschrift
des gesetzlichen Vertreters