

Heilpraktiker-Behandlungsvertrag

Der vorgenannte Patient und Claudia Linz schließen folgende Heilpraktiker-Behandlungsvereinbarung.

Punkt 1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine für Heilpraktiker typische heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Heilpraktiker Behandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte - naturheilkundliche - Heilverfahren. Dies beinhaltet etwaige neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke, Akupunkturbehandlungen, Moxabehandlungen (Hitzebehandlungen) und Anwendungen aus der Traditionellen Chinesischen Medizin.

Punkt 2 Honorar

(bitte ankreuzen, jeweils alternativ – wenn Sie kein Kreuz machen, werden die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker angewendet)

- Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand & etwaiger Materialkosten der Behandlung. Grundlegend ist die Preisliste des jeweils aktuellen Stands gemäß Auslage.
- Es gelten die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker

Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar in bar gegen Quittung zu zahlen. Für Termine, die durch den Patienten in einer Zeit von weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt abgesagt werden, wird ein Ausfallentgelt in Höhe von 45 € berechnet.

Punkt 3 Hinweise & Informationspflichten nach Art. 13 und Art. 14 EU-DSGVO

- a) Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung. Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen, ebenso eventuelle Positionen, die nicht erstattet werden.
- b) Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.
- c) Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.
- d) Heilpraktische Anwendungen werden gezielt und geschult eingesetzt – Nebenwirkungen durch Hitze- und Nadelbehandlungen sind sehr selten können aber nicht ausgeschlossen werden – bei Fragen informiere ich Sie gerne
- e) Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten werden in einer Patientenakte erhoben und gespeichert und 10 Jahre nach dem letzten Kontakt gelöscht. Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Daten ein zu sehen und die Löschung zu verlangen. Alle Daten werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Sie können beim Datenschutzbeauftragten des Landes NRW Beschwerde bei Verstößen einlegen.
- f) Sofern ich in Ihrem Namen Bestellungen durchführe, gestatten Sie mir Ihre Adressdaten inkl etwaiger Emailadressen an den entsprechenden Partner weiter zu geben – Selbstverständlich bleiben Anamnesedaten unter Verschluss.

Unterschrift HP Claudia Linz

Datum, Unterschrift Patient

Anamnese-Fragebogen & Behandlungsvertrag

Bitte füllen Sie die unten aufgeführten Felder aus und unterschreiben Sie die Rückseite **(alle *-Angaben sind freiwillig)**

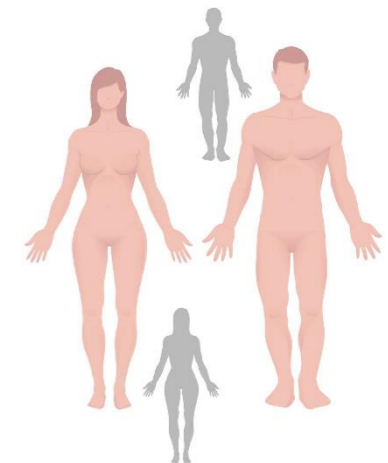
Den Innenteil werde ich gemeinsam mit Ihnen ausfüllen.

Vorname		Name	
Straße			Nr.
PLZ	Ort		
Telefon		Geburtsstag	
Mobil*		Geburtsort*	
E-Mail*		Körpergröße*	Gewicht*
Beruf* Schichtdienst () ja () nein			

Akute Beschwerden*

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?

Markieren Sie betroffene Körperpartien in der nebenstehenden Grafik ->



Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____
2. _____ seit: _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____

Warum sind Sie heute hier und welche Erwartung haben Sie

Familiäre Disposition

Familienstand ledig verheiratet verpartnert verwitwet _____

Kinder Ja Nein _____
Anzahl, Geschlechter, Alter

Geschwister Ja Nein _____
Anzahl, Geschlechter, Alter

Erkrankungen der leiblichen Mutter Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Erkrankungen des leiblichen Vaters Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Gesundheitliche Disposition

Vorerkrankungen / Unfälle Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Operationen Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Chronische Leiden Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Impfungen Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Operationen Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Vorsorgeuntersuchungen Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Augen Hausarzt Zähne Gynäkologie Urologe

Konsumieren Sie Alkohol Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Sind Sie Raucher Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Fest verordnete Medikamente Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Medikamente nach Bedarf Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Nahrungsergänzungsmittel Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Fragebogen zum Befinden und Empfinden

Temperatur kalt warm heiß _____
 obere Extremität untere Extremität

Schweiß stark schwach auch ohne Anstrengung angemessen
 spontan Geruch _____ Nachtschweiß

Schmerzen Ja Nein _____
wo seit wann

Ja Nein _____
wo seit wann

Ja Nein _____
wo seit wann

Ja Nein _____
wo seit wann

Besserung durch _____

Verschlechterung durch _____
 Krämpfe (Kälte) stechend (Stagnation) brennen (Hitze) schwer (Feucht Fülle)

Appetit Ja Nein _____
Bemerkungen, Medikamente, etc Heißhunger (wann) Gesch,macksrichtung

Essensgewohnheiten / Alltag _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Trinkgewohnheiten / Alltag _____
Trinkmenge warm kalt

Niktium _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Stuhl _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Schlafgewohnheiten / Alltag _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

Menstruation _____
Bemerkungen, Medikamente, etc

