

BEHANDLUNGSVERTRAG

Liebe Patientin, lieber Patient,

unser gemeinsamer Therapieweg basiert auf gegenseitigem Vertrauen und auf Vertrauen in die Methoden und Mittel der ganzheitlichen Naturheilkunde. Neben dieser **Vertrauensbasis** liegen jeder Heilbehandlung jedoch auch einige **rechtliche Grundlagen** zugrunde. Um Missverständnisse auszuschließen und einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, benötigen wir dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben für unsere Akten.

Zwischen der Heilpraktikerin Dr. Gabriela Hoppe, Am Ortfelde 22, 30916 und

_____ als PatientIn wird ein **Behandlungsvertrag** mit Wirkung ab dem Datum der beiderseitigen Unterschriften abgeschlossen.

GEGENSTAND DER VEREINBARUNG

Der/die im Aufnahmebogen angeführte(r) Patient(in) hat sich in Behandlung der dort angegebenen Heilpraktikerin begeben und nimmt eine naturheilkundliche Behandlung durch diese in Anspruch.

DAUER DER BEHANDLUNG

Die Behandlung dauert so lange an, bis das Behandlungsziel erreicht ist oder eine der beiden Vertragsparteien die Behandlung nicht mehr fortsetzen will oder kann. In Fällen des gesetzlichen Behandlungsverbots für bestimmte Krankheitsbilder wie insbesondere meldepflichtige Infektionskrankheiten erlischt der Behandlungsauftrag für das betroffene Krankheitsbild automatisch, sobald es diagnostiziert ist, die Behandlung anderer Krankheitsbilder kann fortgesetzt werden.

HONORARE & ZAHLUNGSMODALITÄTEN

Die Honorare werden durch die Honorarvereinbarung geregelt, die separat erstellt wird und diesen Behandlungsvertrag ergänzt.

Im Aufnahmebogen angeführte(r) Patient(in) wurde darüber aufgeklärt und bestätigt dies durch Unterschrift, dass die Kosten einer Behandlung durch Heilpraktiker nicht durch eine gesetzliche Krankenversicherung erstattungsfähig sind und nicht in jedem Fall eine Erstattungsfähigkeit der entstehenden Behandlungskosten durch eine private Krankenversicherung bzw. im Rahmen der Beihilfe gegeben ist.

AUSFALLHONORAR

Versäumt im Aufnahmebogen angeführte(r) Patient(in) einen fest vereinbarten Behandlungstermin, verpflichtet er sich zur Zahlung eines Ausfallshonorars in Höhe von 100% des für den Termin vereinbarten Honorars. Es sei denn, der (die) Patient(in) sagt den Termin vorher, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, ab oder trägt nachweislich kein Verschulden an der Nichtwahrnehmung des Termins. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein geringerer Schaden entstanden sei, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens für den Heilpraktiker bleibt hiervon unberührt.

AUFNAHMEBOGEN

| | | | | |
|--|-----------------------------|--------|-------------------------------|------------------|
| Name, Vorname | | | | |
| Geburtstag | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | |
| PLZ, Ort | | | | |
| Telefon / Handy | | | | |
| E-Mail | | | | |
| Krankenversicherung | Gesetzlich | Privat | Beihilfe | Zusatzversichert |
| Darf ich Ihnen E-Mails über unser Newsletter-Tool zusenden? | Ja <input type="checkbox"/> | | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Darf ich Ihren Namen und Ihre Handynummer auf meinem Mobiltelefon speichern? <small>(Wir weisen darauf hin, dass der Dienst WhatsApp auf diesem Handy installiert sein kann.)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | | Nein <input type="checkbox"/> | |

Über welches Kontaktmedium dürfen wir welche Informationen mit Ihnen austauschen?

| | Terminvereinbarung und -erinnerung | Übergabe von Informationsdokumenten | Austausch von Behandlungsinformationen | Befundaustausch |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------|
| Persönlich | x | x | x | x |
| Postalisch | x | x | x | x |
| Telefon / Handy | x | | | |
| E-Mail | | | | |
| SMS | | | | |
| WhatsApp | | | | |
| Andere (welche?) | | | | |

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich Dr. Gabriela Hoppe von Ihrer Schweigepflicht gegenüber

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde sowie gesundheits-, diagnose- und therapierelevante Daten mitgeteilt werden und ein Austausch über meine Behandlung erfolgt. Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

_____ Isernhagen,
Ort, Datum

_____ Unterschrift