

Behandlungsvertrag für Kinder

zwischen: Praxis für Osteopathie
Katja Birnstein
Weißbacher Straße 26
01936 Königsbrück

und

Name Eltern: _____ Name Kind: _____

Geburtsdatum: _____ Geb.- Datum Kind: _____

Straße/Nummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Beruf: _____

Datum Ersttermin: _____

Krankenkasse: _____

☐ privat ☐ gesetzlich

☐ Beihilfe ☐ Zusatz

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des*der Patienten* Patientin.

Nach einer ausführlichen Befundaufnahme mit Anamnese und Untersuchung erfolgt eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose. Als Behandlung zählt auch das Anamnesegepräch mit dem*der Patienten*Patientin. Daraufhin resultiert die Entscheidung, mit welcher osteopathischen Verfahrensweise das Therapieziel erreicht werden kann.

II. Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung von ca. 45-50 Minuten werden ca. 105 Euro vereinbart. Die Behandlung beginnt mit dem Betreten und endet mit dem Verlassen des Raumes.

Im Anschluss der Behandlung ist der Rechnungsbetrag in Bar oder mit EC – Zahlung zu begleichen.

III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Vereinbarte Behandlungszeiten werden als **verbindlich** betrachtet, da sie ausschließlich für Sie reserviert sind.

Der*die Patient*in ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für den*die Patienten*Patientin vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Bei akuten Erkrankungen kann eine Absage auch kurzfristig vor dem Termin erfolgen, ein Nachweis durch ein ärztliches Attest ist selbstständig zu erbringen und vorzuzeigen.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 80 Euro an, wobei dem*der Patienten*Patientin der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

IV. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Erziehungsberechtigten ist darüber aufgeklärt worden, dass die Honorarabrechnung bei privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker*innen (GebÜH) erfolgt. Da sich die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen beim Leistungsumfang erheblich unterscheiden. Daher haben die Erziehungsberechtigten die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten grundsätzlich keine Erstattung der osteopathischen Leistungen. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen den Erziehungsberechtigten bzw. dem*der Patienten*Patientin und dem*der behandelnden Osteopathen*Osteopathin unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des*der Patienten*Patientin und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

V. Qualifikationsnachweis

Der*die Heilpraktiker*in verpflichtet sich, nur Methoden und Maßnahmen anzuwenden, welche sie fachgerecht nach den Vorgaben der Heilkunst ausführt und für welche er*sie einen Qualifikationsnachweis besitzt.

VI. Dokumentation

Für die Dokumentation der Behandlung wird eine Patientenkartei oder eine computergestützte Akte angelegt. Auf Wunsch erhalten die Erziehungsberechtigten bzw. der *die Patient*in Einsicht, als auch eine Kopie. Die Kosten für die Kopie werden von den Erziehungsberechtigten bzw. dem*der Patient*in getragen.

VII. Schweigepflicht

Für alle persönlichen Angaben unterliegt der*die Therapeut*in und der*die Büroassistent*in der Schweigepflicht und verpflichtet sich zur Sicherung der Datengeheimnisse nach Bundesschutzgesetz.

Um evtl. Kooperationen zu ermöglichen, entbinden die Erziehungsberechtigten bzw. der*die Patient*in den*die Therapeut*in gegenüber anderen Behandlern von der Schweigepflicht:

☐ Kinderarzt* Ärztin: _____

☐ Angehörige: _____

☐ Versicherung: _____

☐ Kollegen*Kolleginnen: _____

☐ keine Erteilung von der Schweigepflichtentbindung

Fragen der Erziehungsberechtigten/ des*der Patienten*Patientin:

☐ Ich als Patient*in bzw. Elternteil bin darüber aufgeklärt worden, dass die Mittel der wissenschaftlich anerkannten Medizin, ausgeübt durch Ärzte*Ärztinnen, bei meinem Krankheitsbild ebenfalls angezeigt sind.

VIII. Einwilligung beider Elternteile

Hiermit bestätige ich, dass bei Behandlung minderjähriger Personen, welche sich in Begleitung nur eines Erziehungsberechtigten befinden, auch der zweite Elternteil über die Behandlung in Kenntnis gesetzt und dieser damit einverstanden ist oder das seitens des unterzeichnenden Personenberechtigten das alleinige Sorgerecht besteht..

☐ beide Elternteile sind mit der Behandlung einverstanden.

Datum

K. Birnstein

Erziehungsberechtigte

VIII. Datenschutzverordnung

Die Verarbeitung und Speicherung Ihrer persönlichen Daten erfolgt in meiner Praxis gemäß der gültigen EU-Datenschutzgrundverordnung. Sie können Einsicht in die beiliegende Datenschutzerklärung nehmen. Auf Wunsch erhalten Sie von mir eine Kopie der Datenschutzerklärung.

Ihre Daten werden in einer von uns geführten Akte erfasst und gespeichert. Diese Akte dient der Dokumentation ihrer Behandlung und kann nur von internen Mitarbeitern und Ihnen eingesehen werden. Die Mitarbeiter unterliegen einer Schweigepflicht. Eine Herausgabe des Inhaltes erfolgt nur in Absprache mit Ihnen.

Es unterliegt Ihrer freien Entscheidung, ob Sie mir diese Daten mitteilen. Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung zu der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO zu widerrufen. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

- ☐ Ich habe das Informationsblatt der Datenschutzverordnung gelesen und verstanden. Durch meine Unterschrift wird diese Teil des Behandlungsvertrages.
- ☐ Ich bin damit einverstanden und willige im vollen Umfang ein, dass meine personenbezogenen Daten und meine Gesundheitsdaten genutzt und gespeichert werden.

Eine Kontaktaufnahme, zum Beispiel zur Terminerinnerung oder Terminvergabe, darf über die im Behandlungsvertrag angegebenen Kontaktwege:

- ☐ nur an mich persönlich erfolgen

oder

- ☐ an weitere Personen ausgerichtet werden (z.B. Angehörige, Lebensgefährte, Anrufbeantworter...)

Bitte teilen Sie mir relevante Veränderungen Ihrer persönlichen Daten (Adresse, Telefonnummer...) schnellstmöglich mit.

Datum

K. Birnstein

Erziehungsberechtigte