

## Behandlungsvertrag

Name der Patient:in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

### I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung der Patient:in.

### II. Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung der Betrag von 85,- bis 98,- vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf und beträgt zwischen 40 und 50 Minuten. Als Behandlung zählt auch das Anamnesegespräch mit der Patient:in.

### III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für die jeweilige Patient:in reserviert ist.

Die Patient:in ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für die Patient:in vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von Euro 60,- an, wobei der Patient:in der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

### IV. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei privatversicherten Patient:innen grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat die Patient:in die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Immer mehr gesetzliche Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten anteilig. Oft nur, wenn eine entsprechende ärztliche (z.B. Orthopäd:in, Hausärzt:in, Gynäkolog:in) Verordnung vorliegt. Bitte informieren Sie sich vorab bei ihrer Krankenkasse.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der Patient:in und der behandelnden Osteopath:in unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen der Patient:in und verpflichtet diese zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.

#### **V. Allgemeine Aufklärungspflicht**

Der Gesetzgeber verpflichtet Heilpraktiker:innen, Patient:innen über mögliche Risiken aufzuklären. In seltenen Fällen kann es, auch bei korrekt durchgeführten Behandlungen, zu einer Schädigung von Gefäßen, Nerven, Muskulatur, Knochen oder den Bandscheiben kommen.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass wir Sie gemäß der allgemeinen Aufklärungspflicht über mögliche Behandlungsrisiken und deren Folgen informiert und aufgeklärt haben.

**Datum, Ort:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

#### **Widerrufsbelehrung**

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

**EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG**  
(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

HIERMIT erkläre ich,

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

gegenüber der Praxis

**Bastian Makowka, Subbelrather Str. 247, 50825 Köln**

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person und im Falle einer Kinderbehandlung für mein Kind, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- Terminvereinbarung via E-Mail und SMS
- Speicherung der Kontaktdaten im Google-Kalender

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_