osteopathie
corinna zimmermann

Behandlungsvertrag

zwischen

Corinna Zimmermann

Bahnhofstraße 24, 31224 Peine

nachfolgend Praxis genannt

und

_____

_____

nachfolgend Patient genannt (ggf. gesetzlicher Vertreter)

wird folgender Vertrag geschlossen:

§ 1 Vertragsgegenstand

Auf Wunsch und auf eigenes Risiko des Patienten werden osteopathische Behandlungen durch

Fr. Corinna Zimmermann (Heilpraktikerin, Physiotherapeutin)

erbracht.Gegenstand ist die Erbringung der Leistung, nicht jedoch der Behandlungserfolg, der nicht garantiert werden kann. Es werden Methoden angewendet, die schulmedizinisch nicht anerkannt, auch nicht allgemein erklärbar sind und unter Umständen nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Ein subjektiv gewünschter Erfolg kann nicht in Aussicht gestellt oder garantiert werden.

Eine Behandlungseinheit beträgt in etwa 40- 60 Minuten. Eine kürzere oder längere Behandlungszeit ist möglich; die Kosten richten sich nicht nach der Behandlungsdauer.

Die Praxis behält sich vor, Patientenwünsche ohne Begründung abzulehnen.

§ 2 Preise

Die Vertragspartner vereinbaren hiermit die Erbringung einer osteopathischen Behandlung.

Die dafür anfallenden Kosten von ca 70-90 € sind nach der Behandlung per Überweisung nach Rechnungsstellung zu entrichten. Sämtliche Preise sind Endpreise und sind nach §4 Nr.14 UStG von der Umsatzsteuer befreit. Der Behandlungspreis richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) / nach den Bundesbeihilfetarifen. Der Patient wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungen nicht oder nicht vollständig von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens der Kostenträger gewährleistet ist. Der Anspruch des Therapeuten ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte.

§ 3 Terminvereinbarung

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für den Patienten reserviert wird.

Der Patient erkennt mit Vergabe des Termins die nachfolgenden Zahlungs-, und Geschäftsbedingungen an. Ein Vertrag kommt zustande, wenn der Patient einen Termin vereinbart.

Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, wird eine Gebühr in Höhe von 40 € fällig. Absagen sind nur telefonisch möglich.

§ 4 Kontraindikationen und Risiken

Bei folgenden Kontraindikationen sollte eine Behandlung nicht stattfinden; der Patient bestätigt, dass folgende bei ihm nicht vorliegen.

- fortgeschrittener Osteoporose
- Knochenbrüche, die noch nicht wieder gefestigt sind
- akuter Bandscheibenvorfall
- massive Abnutzungserscheinungen
- Rückenmarkfehlbildungen
- Blutungen
- akute Infektionskrankheiten
- Schlaganfall
- gutartige und bösartige Tumore sowie Metastasen
- Lähmungen, die von der Lendenwirbelsäule ausgehen (Kaudasyndrom)

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Osteopathie nicht ohne Risiken ist:

- bei der Mobilisation oder Manipulation der Halswirbelsäule mit Impuls kann es zu einer Schädigung der Wirbelarterie (Arteria vertebralis) kommen, was die Blutzufuhr zum Gehirn beeinträchtigen kann.

Für die Manipulationstechnik mit Impuls ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung sehr wichtig, vor allem bei Menschen, die

- blutgerinnungshemmende Medikamente nehmen
- und/oder bei denen Blutgefäßerkrankung bestehen
- und/oder Bandscheibenschäden und Nervenlähmungen haben
- und/oder bei bestehender Osteoporose (Knochenschwund) und Knochenbrüchen.

Es besteht generell ein höheres Risiko bei vorgeschädigten Strukturen.

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass nach einer Behandlung muskelkaterartige Beschwerden auftreten können.

§ 5 Schriftform

Rechtserhebliche Erklärungen und Anzeigen, die nach Vertragsschluss durch den Patienten abzugeben sind (z.B. Fristsetzungen, Mängelanzeigen, Erklärung von Rücktritt oder Minderung), bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

§ 6 Behandlungsakte

Der Behandler führt über jeden Patienten eine digitale Akte. Eine Herausgabe dieser Akte an den Patienten im Original ist ausgeschlossen. Möglich sind ausschließlich Kopien gegen Kostenerstattung auf Verlangen des Patienten.

§ 7 Kündigung

Der Behandlungsvertrag kann jederzeit von beiden Parteien ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden - zur Unzeit ist eine Kündigung durch den Therapeuten jedoch nur zulässig, soweit hierfür ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn der Patient erforderliche Anamnese- oder Diagnoseauskünfte nicht, unzutreffend oder vorsätzlich lückenhaft erteilt.

§ 8 Mitwirkungspflichten

Der Patient ist verpflichtet, vor der Behandlung unaufgefordert auf bekannte, relevante Erkrankungen (siehe Anamnesebogen) sowie auf eine bestehende Schwangerschaft und sonstige Umstände hinzuweisen, die die Behandlung und deren Ergebnis beeinflussen können.

Der Patient versichert daher mit seiner Unterschrift, die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Sollten während oder nach der Behandlung Beschwerden/Missempfindungen o.ä. auftreten, wird der Patient diese umgehend dem Therapeuten mitteilen.

§ 9 Gesundheitsfragen

Der Patient ist verpflichtet, vor der Behandlung die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; nachträgliche Änderungen sind unaufgefordert unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Haftung

Die Praxis haftet auf Schadensersatz gleich aus welchem Rechtsgrund nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Die Praxis ist nicht verantwortlich für den Verlust oder die Zerstörung von persönlichen Gegenständen des Patienten, die mit in die Praxis gebracht wurden.

§ 11 Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt dem deutschen Recht. Erfüllungsort und Gerichtsstand für sämtliche sich aus diesem Vertrag ergebende Verfahren ist Bahnhofstraße 24, 31224 Peine.

§ 12 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder infolge Änderungen der Gesetzgebung nach Vertragsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleiben die übrigen Vertragsbestimmungen und die Wirksamkeit des Vertrages im Ganzen hiervon unberührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll die wirksame und durchführbare Bestimmung treten, die dem Sinn und Zweck der nichtigen Bestimmung möglichst nahe kommt. Erweist sich der Vertrag als lückenhaft, gelten die Bestimmungen als vereinbart, die dem Sinn und Zweck des Vertrages entsprechen und im Falle des Bedachtwerdens vereinbart worden wären.

Der Patient bestätigt mit ihrer Unterschrift, mündlich und schriftlich über den Behandlungsverlauf, mögliche Risiken und Komplikationen unterrichtet worden zu sein. Sämtliche Fragen sind ausreichend beantwortet worden, weitere nicht mehr offen.

Der Patient erklärt, die Behandlung in Kenntnis der Risiken zu wünschen.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift (Patient / gesetzlicher Vertreter)
_____	_____
Ort, Datum	Corinna Zimmermann

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

_____
Pat. Nr.

_____
Name

_____
Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch Corinna Zimmermann, Bahnhofstraße 24, 31224 Peine meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Corinna Zimmermann, Bahnhofstraße 24, 31224 Peine

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (Patient / gesetzlicher Vertreter)