

BEHANDLUNGSVERTRAG

Naturheilpraxis Severine Schlotz | Heilpraktikerin
Thomashardt Str. 37
73669 Lichtenwald | 0163 - 180 44 39 | info@naturheilpraxis-schlotz.de



Datum: _____

1 VERTRAGSPARTEIEN

Heilpraktikerin:

Name, Vorname: Severine Schlotz

Straße, Nr.: Thomashardt Str. 37

PLZ, Ort: 73669 Lichtenwald

Telefon: 0163 – 180 44 39

E-Mail: info@naturheilpraxis-schlotz.de

Patient / Patientin:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

2 GEGENSTAND DES VERTRAGES

Gegenstand dieses Vertrages ist die heilpraktische Behandlung und Beratung der oben genannten Patient/in durch die Heilpraktikerin im Rahmen der geltenden Berufsgesetze und des Heilpraktikergesetzes (HeilPrG).

Vereinbarte Therapieformen:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Infusionen | ☐ Injektionen (i.m., i.c., s.c., i.v.) | ☐ Neuraltherapie |
| ☐ Massagen | ☐ Ohrakupunktur | ☐ Labordiagnostik |
| ☐ Phytotherapie | ☐ Homöopathie / Schüssler Salze | ☐ Sonstige (s. u.) |

Sonstige / Ergänzungen: _____

3 AUFLÄRUNG: RISIKEN & NEBENWIRKUNGEN DER THERAPIEN

Die Patient/in wurde über folgende mögliche Risiken und Nebenwirkungen informiert und hat die Erläuterungen verstanden:

Infusionen

- Lokale Reaktionen an der Einstichstelle (Rötung, Hämatom, Schwellung)
- Allergische Reaktionen bis hin zur Anaphylaxie (selten)
- Venenentzündung (Thrombophlebitis) bei wiederholter Punktion
- Kreislaufreaktionen (Schwindel, Blutdruckabfall, Ohnmacht)
- Infektionsrisiko (trotz steriler Technik minimiert)
- Luftembolie (sehr selten, bei sachgemäßer Durchführung vernachlässigbar)

Injektionen (i.m. intramuskulär · i.c. intrakutan · s.c. subkutan · i.v. intravenös)

- Lokaler Schmerz, Rötung, Schwellung an der Einstichstelle
- Hämatom-/Blutergussbildung
- Infektion / Abszessbildung (selten)
- Allergische Reaktion auf Injektionsmittel
- i.m.: Verletzung von Nerven oder Gefäßen möglich (selten)
- i.v.: Paravasation (Austritt des Mittels ins Gewebe), Venenentzündung
- Kreislaufreaktionen (Schwindel, Ohnmacht) – v. a. bei i.v.-Applikation

Neuraltherapie (Injektion von Lokalanästhetika, meist Procain/Lidocain)

- Kurzzeitige Schmerzreaktion an der Injektionsstelle
- Allergische Reaktion auf das Lokalanästhetikum (selten)
- Kreislaufreaktionen (Schwindel, Herzrasen, Blutdruckabfall)
- Erstverschlimmerung der Beschwerden (Heilreaktion, meist vorübergehend)
- Bei Injektion in Gelenke / Nervenknäute: selten Nervenirritation oder -schaden
- Kontraindikationen: Lidocain-Allergie, Myasthenia gravis, schwere Herzrhythmusstörungen

Massagen (klassisch, Bindegewebe, Reflexzonen etc.)

- Muskelkater / vorübergehende Druckschmerzhaftigkeit
- Erstverschlimmerung bei muskulären Verspannungen oder Entzündungen
- Selten: Hämatombildung bei erhöhter Blutungsneigung
- Kontraindikationen: akute Entzündungen, Thrombosen, Tumorgewebe, Wunden

Ohrakupunktur (Auriculotherapie)

- Lokaler Schmerz oder Druckgefühl während der Nadelung
- Kleine Hämatome, Rötungen an den Einstichstellen
- Schwindel, Kreislaufreaktionen (Vagusreaktion – selten)
- Infektionsrisiko bei Dauernadeln (Perichondritis – sehr selten)
- Erstverschlimmerung / kurzfristige Symptomverstärkung möglich

4 KEINE ERFOLGSGARANTIE

Die Heilpraktikerin schuldet eine sorgfältige, lege-artis-konforme Behandlung, jedoch keinen Behandlungserfolg. Heilpraktische Therapien sind als Ergänzung, nicht als Ersatz schulmedizinischer Diagnose und Behandlung zu verstehen. Im Notfall sind stets die zuständigen ärztlichen oder Rettungsdienste zu kontaktieren.

Die Patient/in ist darüber informiert, dass:

- die Wirksamkeit einzelner Methoden wissenschaftlich unterschiedlich bewertet wird,
- ein Behandlungserfolg von individuellen Faktoren abhängt und nicht garantiert werden kann,
- die Heilpraktikerin ärztliche Diagnosen weder stellen noch ersetzen kann,
- bei ernsthaften oder ungeklärten Beschwerden parallel eine ärztliche Abklärung empfohlen wird.

5 HONORAR & ABRECHNUNG

Der Pauschalpreis für das Erstgespräch beträgt 149€, inklusive eines individuellen Therapieplans. Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand der Heilpraktikerin in Anlehnung an das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und beträgt 95€/h. Weitere Preise werden vor Behandlungsbeginn kommuniziert. Alle Preise verstehen sich als Brutto-Beträge.

Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktikerhonorar sind von dem Patienten / von der Patientin selbst zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktikerhonorar. Der Honoraranspruch der Heilpraktikerin ist in voller Höhe zu begleichen. Heilpraktikerleistungen sind nach § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfrei.

Zahlungsmodalitäten:

- ☐ Zahlung direkt nach der Behandlung (bar oder EC-Karte)
- ☐ Rechnung per Post / E-Mail (Zahlungsziel 7 Tage)
- ☐ Sonstiges: _____

Gesetzliche Krankenversicherungen erstatten Heilpraktikerleistungen in der Regel nicht. Private Krankenversicherungen übernehmen je nach Tarif einen Teil der Kosten. Die Erstattung ist von der Patient/in eigenverantwortlich zu prüfen.

6 TERMINVEREINBARUNG & AUSFALLHONORAR

Termine sind verbindlich. Zur Sicherstellung eines reibungslosen Praxisbetriebes gelten folgende Regelungen:

- Absagen sind mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per E-Mail zu melden.
- Bei kurzfristiger Absage (< 48 Stunden) ohne triftigen Grund oder bei unentschuldigtem Nichterscheinen wird ein

Ausfallhonorar von 80€

in Rechnung gestellt. Im Falle höherer Gewalt oder nachgewiesener Erkrankung wird kein Ausfallhonorar erhoben. Verspätungen des Patienten / der Patientin begründen keine Nachbehandlungspflicht durch die Heilpraktikerin, die Honorarvereinbarung bleibt in diesem Fall unberührt.

- Die Heilpraktikerin behält sich vor, Termine bei eigenem Krankheitsfall oder Notfall zu verschieben. In diesem Fall entstehen der Patient/in keinerlei Kosten.

7 SCHWEIGEPFLICHT & DATENSCHUTZ

Die Heilpraktikerin unterliegt der berufsrechtlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Alle im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt.

- Patientendaten werden ausschließlich zum Zweck der Behandlung erhoben und gespeichert.
- Eine Weitergabe an Dritte (z. B. Ärzte, Krankenkassen) erfolgt nur mit ausdrücklicher schriftlicher Einwilligung der Patient/in.
- Gesetzliche Auskunftspflichten gegenüber Behörden (z. B. meldepflichtige Erkrankungen) bleiben unberührt.
- Behandlungsdokumentationen werden gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (mind. 10 Jahre) sicher aufbewahrt.
- Die Patient/in hat das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung ihrer Daten (DSGVO Art. 15–17).

8 MITWIRKUNGSPFLICHT DER PATIENT/IN

Ein gutes Behandlungsergebnis setzt die aktive Mitarbeit der Patient/in voraus. Der / die Patient/in verpflichtet sich:

- vollständige und wahrheitsgemäße Angaben zu Vorerkrankungen, Medikamenten und Unverträglichkeiten zu machen,
- Veränderungen des Gesundheitszustandes (Verschlechterung, unerwartete Reaktionen) unverzüglich mitzuteilen,
- empfohlene Lebensstilmaßnahmen nach besten Kräften umzusetzen,
- bei ernsthaften oder ungeklärten Beschwerden parallel ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen,
- Vereinbarungen zu Terminen und Zahlungen einzuhalten.

9 Kosten für Labor, Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel

Die Kosten für Laboruntersuchungen von Fremdlaboren gehen zu Lasten und auf Rechnung des Patienten. Der Patient wird über alle Kosten aufgeklärt. Alle Medikamente gehören zu den Eigenleistungen des Patienten. Es wird darauf hingewiesen, dass Heilpraktiker keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen dürfen. Ich bitte um Beachtung, dass verordnete Nahrungsergänzungsmittel weder von der gesetzlichen, noch von der privaten Krankenkasse erstattet werden. In seltenen Fällen sind Ausnahmen bei Ihrer Krankenkasse möglich. Sollte dies der Fall sein, bekommen Sie die Nahrungsergänzungsmittel auf ein Rezept, das Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen können. Erkundigen Sie sich bitte im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse, ob bei Ihnen eine Erstattung von Nahrungsergänzungsmitteln möglich ist.

10 Persönliche Patientendaten und medizinische Befunde

Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinischen Befunde des Patienten einer Patientenakte erhoben und gespeichert werden.

11 EINWILLIGUNG & UNTERSCHRIFT

Der / die Patient/in bestätigt:

- Den Inhalt dieses Behandlungsvertrages vollständig gelesen und verstanden zu haben.
- Über die aufgeführten Risiken und Nebenwirkungen der vereinbarten Therapien informiert worden zu sein.
- Ausreichend Gelegenheit gehabt zu haben, Fragen zu stellen.
- Der Durchführung der genannten Therapien freiwillig und ohne Druck zuzustimmen.
- Den Datenschutzbestimmungen und der Verwendung der eigenen Gesundheitsdaten zum Behandlungszweck zuzustimmen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zur Terminvereinbarung, Terminbestätigung, Terminverschiebung oder für organisatorische Rückfragen per Messenger-Dienst (z. B. WhatsApp oder Telegram) kontaktieren darf. Es werden hierbei keine Gesundheitsdaten oder sonstigen sensiblen personenbezogenen Daten übermittelt. Mir ist bekannt, dass bei der Nutzung von Messenger-Diensten Daten durch die jeweiligen Anbieter verarbeitet werden können.
Datum, Unterschrift: _____

☐ Ich wünsche keine Kontaktaufnahme per Messenger-Dienst (z. B. WhatsApp oder Telegram).
Datum, Unterschrift: _____

Dieser Vertrag wird in zweifacher Ausfertigung erstellt; je eine für die Heilpraktikerin und der / die Patient/in.

Lichtenwald,

Unterschrift Heilpraktikerin

Unterschrift Patient/in
(ggf. gesetzl. Vertreter/in)