



Behandlungsvertrag

Bitte **ROT** markierte Bereiche unterschreiben!

Nach dem Patientenrechtegesetz bin ich verpflichtet, Sie auf folgende Nebenwirkungen, Risiken und Kontraindikationen hinzuweisen:

Behandlung der Psyche

Kontraindikation: Psychosen, schwere Depression, Epilepsie, akute Herz-Kreislauf Erkrankungen, akute neurologische Erkrankungen, akute Infektionskrankheiten, Einnahme von Psychopharmaka

Nebenwirkungen: Möglichkeit der Erstverschlechterung von Beschwerden, Schwindel, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwächen

Sollten Sie selbstgefährdendes Verhalten zeigen oder Gedanken haben, bitte ich Sie darum Hilfe in einer psychiatrischen Notfallambulanz aufzusuchen und dies offen zu kommunizieren. In diesem Fall rate ich von einer alternativmedizinischen Behandlung ab.

Behandlung des Körpers

schwere Osteoporose, Wunden oder Tumore im Behandlungsbereich, akute Hauterkrankungen im Behandlungsareal, akute Infektionskrankheiten, akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen, akute neurologische Erkrankungen, schwere psychische Erkrankungen, akute Krebserkrankungen/Chemotherapie

invasiv: HIV, Virus Hepatitis, Hämophilie, Einnahme von Gerinnungshemmer, Immunschwäche; Ebenfalls gelten die Kontraindikation der nicht-invasiven Therapie auch für die invasive Therapie.

Häufige Nebenwirkungen: Muskelkater, Hämatome, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Zunahme von Muskel- und Gelenksbeschwerden, kurz anhaltendes Fremdkörpergefühl, kurzzeitige Missempfindungen im Einstichareal

Komplikationen(sehr selten!): Blockierungen, Verletzungen, Funktionsstörungen und Entzündungen jeglicher Gewebsstrukturen (z.B. Knochen, Nerven und Muskulatur), Übelkeit, Atembeschwerden, Infektionen, Blutungen, allergische Reaktion, Nebenwirkungen der/des eingesetzten Präparate/s, Fehldosierung/en

§ 1 Vertragsgegenstand:

Vertragsgegenstand ist die Inanspruchnahme einer heilpraktischen Behandlung. Die Behandlungen können auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte Verfahren umfassen.

Die Behandlung umfasst auch die notwendigen Diagnose- und Testverfahren. Ich erbringe meine Dienste mit größter Sorgfalt.

§ 2 Honorar:

Heilpraktiker nehmen generell nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil.

Das heißt für Sie als gesetzlich Versicherter, dass Sie meine Honorare selbst tragen müssen.

§ 3 Ausfallhonorar:

Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, bitte ich Sie darum, diesen 48 Stunden vorher abzusagen. Erfolgt keine Absage, behalte ich mir vor, den versäumten Termin mit einem Ausfallhonorar in Höhe von 50€ in Rechnung zu stellen.

§ 4 Aufklärung und Hinweise:

Meine Behandlung kann eine ärztliche Therapie nicht ersetzen. Sofern eine solche erforderlich ist, wird eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Dies gilt auch, wenn mir aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbotes eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

§ 5 Mitteilungspflicht des Patienten

Sie verpflichten sich, mich über andere Behandlungen und/oder Medikationen zu informieren, die mit meiner Behandlung in zeitlichem Zusammenhang stehen, da Gegenteiliges ein erhebliches Gesundheitsrisiko bewirken kann. Nur mit Ihrer Mithilfe und Ihren vollständigen Informationen kann ich Sie fachgerecht behandeln.

§ 6 Schweigepflicht:

Ich verpflichte mich, über alles, was Sie mir während der Behandlung mitteilen oder ich durch Befunde etc. erfahre, Stillschweigen zu bewahren.

Ich bin jedoch von der Schweigepflicht befreit, wenn Sie mich von ihr entbinden und ich aufgrund von gesetzlichen Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet bin (Meldepflicht bei bestimmten Krankheiten oder gerichtlicher Anordnung). Dies gilt auch für Auskünfte an Personensorgeberechtigte.

Mit meiner Unterschrift:

- Stimme ich der Behandlung mit der/ den oben genannten Therapieform/en und diesem Vertrag, wie auch dessen Inhalt und der Aufklärung, zu
- Bestätige ich, dass ich unter keiner Erkrankung leide, die unter den Kontraindikationen aufgeführt sind.
- Stimme ich zu, dass mein Einverständnis auch für zukünftige Termine gültig ist, sofern ich dieses nicht widerrufe.
- Erkläre ich mein Einverständnis, dass diese Praxis das Recht hat, aktuelle oder zukünftige Termine abzusagen oder jederzeit eine laufende Sitzung abbrechen darf
- Stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten und meine Krankengeschichte, Ärzten und Therapeuten mitgeteilt werden darf, die mich behandeln oder, die ich auf Überweisung, Empfehlung dieser Praxis (schriftlich oder mündlich) aufsuche.
- Bestätige ich, über die oben genannten Risiken und möglichen Nebenwirkungen, ausführlich und mit angemessenem zeitlichen Vorlauf aufgeklärt worden zu sein. Ich habe alles verstanden und bin mit dieser Behandlung einverstanden.
- Akzeptiere ich, dass meine Teilnahme an jeder Behandlung selbstverantwortlich und auf eigenem Risiko stattfindet. Wodurch der Therapeut keine Haftung für Einschränkungen, Verletzungen oder Nachwirkungen jedweder Art übernimmt
- Verstehe ich, dass es meine Verantwortung ist, akute Krankheiten/Verletzungen, so geringfügig sie auch seien, meinem Therapeuten vor der Behandlung mitzuteilen.
- Bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben/Aussagen in mündlicher, wie auch schriftlicher Form.

➤ **Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten**

Hiermit erteile Ich:

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten / die meines Kindes im Zusammenhang mit meiner Behandlung in dieser Praxis: Heilpraktiker Praxis Jan Evers / am Stadtrand 50 / 22047

Ich bestätige, dass ich die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt bekommen habe und, dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung, sowie aufgrund des zugrundeliegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.

Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Jan Evers, Heilpraktiker Praxis Jan Evers, am Stadtrand 50 22047 Hamburg

Name und Geburtsdatum des Patienten: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift Patient (oder Erziehungsberechtigter): _____