

# Behandlungsvertrag

Zwischen

Frau/Herrn:

geb. am:

Anschrift:

Und behandelnder Praxis/Therapeut

Move Therapiezentrum Innenstadt Hamburg GmbH;      Therapeut:

## 1. Vertragsgegenstand:

Vertragsgegenstand ist eine osteopathische Behandlung des Patienten. Die Osteopathie ist eine heilkundliche Behandlungsform, die nicht zwingend wissenschaftlich/schulmedizinisch anerkannt ist. Der Therapeut verpflichtet sich aber der schulmedizinischen Medizin und deren Standards.

## 2. Honorarvereinbarung:

Die erste Behandlung, die aufgrund der gründlichen Anamnese 60 min dauert, kostet 99 Euro. Die weiteren Behandlungen dauern entweder 40 min und kosten dann 66 Euro oder wieder 60 min zum Preis von 99 Euro. Dies kann der Patient flexibel entscheiden.

## 3. Übernahme/Bezuschussung durch die Krankenkasse:

Der Rechnungsempfänger ist der Patient. Das Honorar für die osteopathische Behandlung durch den Therapeuten muss ich selber bezahlen. Die Bezahlung erfolgt Bar oder per Kredit/EC-Karte unverzüglich nach der Behandlung. Zudem sollte ich mich vor Therapiebeginn bei meiner Krankenkasse informieren, ob und wie meine Krankenkasse die anfallenden Kosten bezuschusst.

Eine Terminabsage muss mindestens 24h vor Beginn der Behandlung erfolgen. Ansonsten wird der Termin zu 50 Prozent in Rechnung gestellt.

## 4. Versprechen auf Heilung:

Ausdrücklich wird keine Garantie oder ein Versprechen auf Heilung für die osteopathische Behandlung ausgesprochen. Dies wird durch das Heilmittelwerbegesetz bestimmt.

## 5. Sorgfaltspflicht:

Der Therapeut versucht seine Patienten mit der größtmöglichen Sorgfalt zu betreuen. Die Behandlungsmethoden, die der Therapeut wählt, sollen auf dem schnellsten und kostengünstigsten Wege zur Heilung führen.

Generell ersetzt die heilkundliche Behandlung nicht die ärztliche Behandlung. Sollte sich während der Anamnese oder der Behandlungen ergeben, dass das Erkrankungsbild eine ärztliche Beratung, Therapie benötigt, verpflichtet sich der Therapeut Sie an einen Arzt weiterzuleiten. Dies ist auch der Fall, wenn der Therapeut fehlende Kenntnis, Erfahrungen oder die nicht ausreichende Praxiserstattung erkennt und aus der Sorgfaltspflicht heraus den Patienten weiterleitet.

#### **6. Schweigepflicht:**

Der Therapeut verpflichtet sich alle Informationen, die er von dem Patienten erfährt, nicht an Dritte weiterzugeben; Er wird von dieser Pflicht entbunden, wenn er das Einverständnis des Patienten hat.

Ausnahmen bestehen dann, wenn der Therapeut verpflichtet ist Informationen an Institutionen weiterzugeben, zum Beispiel das Gesundheitsamt bei Vorliegen einer meldepflichtigen Erkrankung oder einer gerichtlichen oder behördlichen Anordnung.

#### **7. Aufklärungspflicht:**

Die Osteopathie ist eine ganzheitliche, manuelle Behandlungsmethode, die als Ziel hat, die Ver- und Entsorgung der Gewebe zu verbessern, Blockaden des skelettalen Gewebes zu lösen und im Sinne der Osteopathie funktionelle Dysfunktionen zu beheben.

Die osteopathische Behandlung kann über Wochen nachwirken. Eine Erstverschlimmerung in den ersten Tagen ist dabei möglich. Extrem selten sind durch osteopathische Behandlungen Komplikationen möglich. Diese stehen zumeist im Zusammenhang mit der Manipulation der Gelenke ("Einrenken") der Wirbelsäule, insbesondere der Halswirbelsäule. Diese können sein:

- Verschlimmerung eines Bandscheibenvorfalles
- Verletzung eines Spinalnervs mit eventuellen Lähmungserscheinungen
- Knochenbrüchen
- Verletzungen eines Blutgefäßes oder Ablösung eines Thrombus mit Gefahr eines Infarkts (z.B Schlaganfall)

Unter Beachtung der absoluten Kontraindikationen durch den Therapeuten sind diese Komplikationen extrem selten und nahezu ausgeschlossen, müssen aber im Rahmen der Aufklärung erwähnt werden.

#### **8. Datenschutz:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten, die im Rahmen des Behandlungsvertrags notwendig sind, zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch die Praxis – EDV gespeichert werden dürfen. Aufgrund der Aufbewahrungspflicht werden diese Daten für zumindest 10 Jahre gespeichert und danach gelöscht. Meine Daten werden ohne mein schriftliches Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben. Ich habe das Recht auf Einsicht und Korrektur meiner Daten.

**Ich erkenne die genannten Informationen und Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ein.**

Datum; Unterschrift Patient