felix limpert
OSTEOPATH UND HEILPRAKTIKER

felix limpert OSTEOPATH UND HEILPRAKTIKER | Hofrat-Graetz-Str. 9 | 97422 Schweinfurt

Name/Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: ..... Körpergröße: ..... Gewicht: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: ..... Hausarzt/Anschrift: .....

Empfehlung durch: ..... Beruf: .....

Privat versichert: ☐ bei: ..... Beihilfeberechtigt: Ja ☐ Nein ☐

Gesetzl. Krankenkasse: ☐ bei: ..... Zusatzversichert .....

Haben Sie Erkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, HIV, Hepatitis, Stoffwechselstörung etc.):

.....

Haben Sie Allergien: Ja / Nein Wenn ja, welche: .....

Nehmen Sie Medikamente: Ja / Nein Wenn ja, welche: .....

Rechnung Osteopathie □ Rechnung Heilpraktiker □

Rechnungsempfänger (falls von o.g. abweichend): .....

Versand der Rechnung per E-Mail (verschlüsselt) ☐ **per Post (zusätzlich 3€ Auslagen) ☐**
(Code wird per sms übermittelt)

PAS (Abrechnungsstelle)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an PAS. Diese Zustimmung kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt/Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte. Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann.

Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht

Aktuelle Beschwerden: .....

.....

.....

Bitte wenden

felix limpert OSTEOPATH UND HEILPRAKTIKER | Hofrat-Graetz-Str. 9 | 97422 Schweinfurt

Behandlungsvertrag zwischen Felix Limpert und o.g. Person

1. Vertragsgegenstand

Der/die Heilpraktiker/in verpflichtet sich, den/die Patient/in im Rahmen seiner/ihrer berufsrechtlichen Zulassung nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln. Der/die Patient/in nimmt die Behandlung freiwillig in Anspruch.

2. Behandlungsformen

Die Behandlung kann je nach Beschwerdebild und in Absprache mit dem/der Patient/in folgende Verfahren umfassen:

a) Chirotherapie

Die Chirotherapie ist ein Verfahren zur Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparats, insbesondere der Wirbelsäule und Gelenke. Hierbei kann es durch gezielte Impulse zu einer Verbesserung der Beweglichkeit und Linderung von Schmerzen kommen.

Aufklärung:
Risiken können in seltenen Fällen Muskelkater, Schwindel, Blutergüsse, Reizungen oder, bei falscher Anwendung, neurologische Symptome sein. Kontraindikationen wie Osteoporose, akute Entzündungen oder frische Frakturen werden im Vorfeld ausgeschlossen.

b) Lasertherapie

Die Lasertherapie ist eine Behandlung mit dem High Power Therapy Laser, die hohe Lichtmengen in das Gewebe einbringt. Dadurch wird die Heilung nachhaltig angeregt.

Aufklärung:
Die Laserbehandlung ist in der Regel schmerzfrei. In seltenen Fällen kann es zu Hautreizungen oder einem leichten Wärmegefühl kommen. Sie ist nicht geeignet bei bestimmten Hauterkrankungen, Epilepsie, Krebs oder während der Schwangerschaft.

c) Infusionstherapie

Hierbei werden dem/der Patient/in über einen venösen Zugang Vitamine, Mineralstoffe, homöopathische oder andere medizinische Substanzen verabreicht.

Aufklärung:
Mögliche Nebenwirkungen sind allergische Reaktionen, Kreislaufreaktionen, Blutergüsse oder Infektionen an der Einstichstelle. Die Auswahl der Infusionsmittel erfolgt individuell und wird vorab erläutert.

d) Akupunktur

Die Akupunktur basiert auf der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) und wird zur Regulation von Energieflüssen im Körper angewendet.

Fortsetzung Seite 3

Name: _____

Aufklärung:
Nebenwirkungen können leichte Schmerzen, Blutergüsse, Kreislaufreaktionen oder Müdigkeit sein. Bei sachgemäßer Durchführung ist das Risiko gering. Eine sterile Einmalnadelung wird gewährleistet.

4. Kosten und Abrechnung

Die Behandlung erfolgt auf Selbstzahlerbasis. Die Kosten orientieren sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) bzw. einer individuellen Vereinbarung. Eine Erstattung durch private Krankenkassen ist möglich, jedoch nicht garantiert.

Die Abrechnung erfolgt in der Regel direkt mit dem/der Patient/in. Ein Honorarverzeichnis wird dem/der Patient/in vor der ersten Behandlung ausgehändigt.

Im Falle eines unentschuldigten oder weniger als 24 Stunden vor dem Termin entschuldigten Nichterscheinens wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 90 Euro fällig. Da wir eine reine Bestellpraxis sind, wird der Termin speziell für den Patienten freigehalten, weshalb eine rechtzeitige Absage erforderlich ist, um die für Sie reservierte Zeit anderweitig vergeben zu können.

5. Schweigepflicht

Der/die Heilpraktiker/in unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Eine Weitergabe von Informationen erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung des/der Patient/in.

6. Einwilligungserklärung

Ich habe die oben beschriebenen Behandlungsmethoden sowie deren mögliche Risiken und Nebenwirkungen verstanden und willige freiwillig in die Behandlung ein. Ich wurde darüber informiert, dass die genannten Verfahren teilweise wissenschaftlich umstritten sind oder nicht als schulmedizinisch anerkannt gelten. Ich bin über mögliche Alternativen und Grenzen der Heilpraktikerbehandlung aufgeklärt worden.

7. Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 DSGVO

Ich, der/die Patient/in, wurde gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung gespeichert, verarbeitet und ggf. an Dritte (z. B. Steuerberater, Buchhaltungssoftware, Private Krankenversicherungen) übermittelt werden können, soweit dies gesetzlich erforderlich oder mit meiner ausdrücklichen Einwilligung geschieht.

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit das Recht auf:

- Auskunft über meine gespeicherten Daten,
- Berichtigung unrichtiger Daten,
- Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung sowie
- Datenübertragbarkeit habe.

Die Daten werden gemäß gesetzlicher Aufbewahrungsfristen mindestens 10 Jahre gespeichert.

Bitte wenden

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten ein und stimme der Kontaktaufnahme per E-Mail / Telefon zur Terminvereinbarung und Information zu.

8. Ergänzung bei Minderjährigen / Einwilligung der Sorgeberechtigten

Falls der/die Patient/in minderjährig ist, erklären die Erziehungsberechtigten:

Ich/Wir als Sorgeberechtigte erklären hiermit unser Einverständnis mit der Durchführung der oben beschriebenen Behandlungen sowie der Speicherung der Gesundheitsdaten meines/unseres Kindes.

Name des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____
Name Sorgeberechtigte(r): _____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____
Datum: _____

9. Hinweis zur Kostenübernahme durch Krankenkassen

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Behandlung als Privatleistung erfolgt und nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird. Eine teilweise oder vollständige Erstattung durch private oder Zusatzversicherungen kann möglich sein, ist jedoch nicht garantiert.

10. Einwilligung zu Fotoaufnahmen

Im Rahmen der Behandlung können Fotoaufnahmen aus folgenden Gründen notwendig oder gewünscht sein:

- Ein Portraitfoto für die Patientenakte
- zur medizinischen Dokumentation des Behandlungsverlaufs (z. B. Hautzustand, Haltung, Bewegungsmuster),

Ich willige ein, dass von mir Fotoaufnahmen im Zusammenhang mit meiner Behandlung gemacht werden dürfen.
Ich wurde darüber informiert, dass:

- die Anfertigung und Nutzung der Aufnahmen freiwillig ist,
- ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann,
- bei externer Verwendung die Aufnahmen ausschließlich mit meiner ausdrücklichen Freigabe veröffentlicht werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in (bzw. Sorgeberechtigte/r): _____