**Behandlungsvertrag**

**zwischen**

**Praxis am Wilsberg \* Andrea Carl \* Physiotherapeutin/Heilpraktikerin**

**und**

**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel. Festnetz:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel. Mobil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sie beginnen eine Behandlung und ich möchte Ihnen hiermit einige wichtige Informationen geben.

**Termine**

Das Risiko für Absagen ist gesetzlich geteilt. Ich trage den Verdienstausfall für die Zeit bis 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin. Kurzfristige Absagen (unter 24 Stunden) werden Ihnen in Höhe der gebuchten Behandlung in Rechnung gestellt.

**Honorare:**

Meine Preise orientieren sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker bzw. an den ortsüblichen Preisen für private physiotherapeutische Behandlungen. Eine kassenärztliche Zulassung ist für meinen Praxisraum nicht möglich.   
Aber auch ohne ärztliche Verordnung können Sie gerne Termine vereinbaren. Eine ausführliche Anamnese und die Befundaufnahme gehören immer an den Beginn einer Behandlungsserie und werden gesondert in Rechnung gestellt.   
Die in diesem Behandlungsvertrag festgelegten Preise gelten auch dann, wenn keine oder keine vollständige Erstattung gewährleistet ist. Im Zweifelsfall empfehle ich, dies vorab mit den Leistungsträgern zu klären.

**Physiotherapeutische Anwendungen**

* Erstbefundung pauschal 20,00 €
* Krankengymnastik 30 Min. 35,00 €
* Krankengymnastik – Ersttermin – Befund und Behandlung 45 Min. 50,00 €
* Manuelle Therapie 30 Min. 40,00 €
* Manuelle Therapie – Ersttermin – Befund und Behandlung 45 Min. 55,00 €
* Dry Needling im Rahmen einer KG-Behandlung inkl. Material 15,00 €
* Dry Needling ohne KG-Behandlung – Erstbefund + Dry Needling 35,00 €
* Taping im Rahmen einer KG-Behandlung inkl. Material 15,00 €
* Taping ohne KG-Behandlung – Erstbefund + Taping 35,00 €
* Klassische Massage 30 Min. 30,00 €

**Heilpraktiker-Tätigkeit**

* Heilpraktiker 30 Min. 40,00 €
* Heilpraktiker 60 Min. 75,00 €

**Zusatzkosten für spezielle Verfahren/Untersuchungen**

* Harnuntersuchung mittels Teststreifen 3,50 €
* Blutzuckerbestimmung 2,50 €
* Blutabnahme 4,00 €
* Laboruntersuchungen von Blut, Stuhl und Urin  
  Abrechnung je nach Kosten des Fremdlabors
* Akupunktur/Dry Needling (inkl. Material) 26,00 €

**Ernährungsberatung**

* Auswertung eines (mind.) 3-tägigen Ernährungsprotokolls 40,00 €
* Anamnese, Feststellung des Ist- Zustandes und Erstellung

eines Ernährungsplans - Dauer: ca. 1 Stunde 60,00 €

* Weitere Beratungstermine - Dauer ca. 30 Min. je Termin 35,00 €
* Komplettangebot (Anamnese, Auswertung Ernährungsprotokoll,  
  Feststellung des Ist-Zustandes und der Ziele, Erstellung eines  
  Ernährungsplanes, 3 weitere Beratungstermine im Abstand von  
  6-8 Wochen 180,00 €

Die angegebenen Zeiten beinhalten auch Zeiten für Terminvergabe, An- und Auskleiden und Dokumentation.

**Dokumentation**

Der Beruf der Physiotherapeutin und Heilpraktikerin unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie mich von der Schweigepflicht, wenn dies der Behandlungszweck erfordert. Ich darf mich also mit befugten Dritten (behandelnden Ärzten, Pflegepersonal, Erziehungsberechtigten) austauschen und Daten weitergeben. Personenbezogene Daten werden für die Zeit von 10 Jahren gespeichert und ausschließlich zweckgebunden genutzt. Dies gilt auch für Unterlagen in Papierform.

Herzogenrath, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in