



Behandlungsvertrag

Zwischen Herrn Heilpraktiker Wolf-Dieter Plaßmann und

Frau/Herr: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Wohnort: _____ Plz: _____ Straße, Nr.: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem Behandlungsvertrag mit den folgenden Regelungen zu:

Die Behandlungen / Therapien stützen sich auf die ganzheitliche Medizin und verfolgen das Ziel der ursächlichen Gesundung, wobei ein Erfolg nicht garantiert werden kann. Erreicht werden soll auch eine Veränderung der Einstellung zur Erkrankung und zum Lebensstil, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und eine verantwortliche Einstellung zur eigenen Gesundheit.

Diagnose und Therapie stellen gegebenenfalls einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar (Blutentnahme etc.). Mit Abschluss des Behandlungsvertrages erfolgt die ausdrückliche Einwilligung in derartige diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

Ein unentschuldig nicht wahrgenommener Termin wird mit einer Termingebühr in Höhe des Honorars in Rechnung gestellt, sofern der Patient nicht mindestens 24 Stunden vorher den Termin absagt.

Die Höhe des Honorars resultiert gemäß §611 BGB aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut. Im Regelfall wird dafür die Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) zugrunde gelegt. Die Honorare für einzelne Tätigkeiten werden dem Patienten vor Beginn der jeweiligen Behandlung mitgeteilt. Die Behandlungskosten werden in voller Höhe dem Patienten in Rechnung gestellt. Es erfolgt der ausdrückliche Hinweis, dass gesetzliche Krankenkassen die Behandlung in der Regel nicht erstatten. Private Krankenversicherungen sowie Beihilfekassen erstatten oft nur einen Teil der Behandlungskosten.

Entstehende Laborkosten sind Fremdkosten und werden vom jeweiligen Institut / Labor gesondert berechnet.

Das Honorar wird unabhängig von der Erstattung durch eine Krankenkasse / Versicherung fällig. Der Patient erhält nach Ablauf einer Behandlungsphase eine schriftliche Rechnung.

Die vorgenannte Erklärung habe ich gelesen und verstanden. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet und ich willige in die vereinbarten Regeln ein.

Datum, Unterschrift Patient/in

Unterschrift HP Wolf-D. Plaßmann