

Patientin / Patient

Name

Vorname

Geburtstag

Krankenkasse

Hausärztin / Hausarzt (bitte Name und Tel.-Nr.)
.....

Wurden Sie **empfohlen**? Wenn ja, von wem? Bzw. wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
.....

Persönliche Daten

Familienstand Anzahl der Kinder

Berufsausbildung / jetzige Tätigkeit

Größe (cm) Gewicht (kg).....

Allergien nein ja welche

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (auch gelegentliche)?
.....
.....

Regelmäßige Einnahme von Marcumar („Blutverdünner“) nein ja

bitte weiter auf Seite 2

Ayurveda Heilpraktiker Sprechstunde
im Immanuel Krankenhaus Berlin

Datum Unterschrift Heilpraktiker

Diagnosen

(werden vom Heilpraktiker ausgefüllt)

.....
.....
.....

Behandlungsvertrag

Die Heilpraktiker-Sprechstunde ist eine **Privat-Leistung**, die über eine **Verrechnungsstelle** (*PVS pria* Berlin) nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker** (GeBüH) abgerechnet wird. Diese Rechnungen lassen sich bei Privat- und Zusatzversicherungen sowie bei der Beihilfe einreichen. Die **Erstattung** hängt von Ihrem Vertrag ab und ist **möglicherweise nicht in vollem Umfang** gewährleistet. Rechnungsbeträge oder Rechnungsteilbeträge, die nicht von Ihrer Krankenkasse oder Versicherung übernommen werden, müssen **von Ihnen selbst beglichen** werden, was ggfs. zu einer finanziellen Belastung führen kann. In Kenntnis dessen erfolgt die hiermit vereinbarte Behandlung auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten.

Beispiele aus dem Leistungskatalog

	Leistung	Preis
HP01	Ersttermin (GeBüH 1 + 2 + 5)	108,00 €
HP04	Folgetermin (GeBüH 1 + 2)	61,50 €
HP0	Kurzer Einstiegstermin (GeBüH 1 + 2)	61,50 €

Sie kommen zur Heilpraktikerbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte (Behandlungs-)Zeit **ausschließlich für Sie reserviert** ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese **spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Es kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Termine, die **weniger als 48h** vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, berechnen wir mit **50%** der vereinbarten Therapie; **nicht abgesagte Termine müssen in vollem Umfang** beglichen werden. Gesundheitliche Gründe können bei Einreichung eines **ärztlichen Attests** ggf. berücksichtigt werden.

Einverständnis der Patientin / des Patienten

Name

Postanschrift (Straße, Nr.)

PLZ, Ort

Tel.-Nr. (mobil/Festnetz)

Email Adresse

Berlin, den Unterschrift.....

Ich möchte über aktuelle Veranstaltungen und Studien informiert werden ja nein

bitte weiter auf Seite 3

Einwilligung in die Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass eine **externe Abrechnungsstelle** (PVSpria Berlin-Brandenburg) mit der Durchführung der Abrechnung der privaten Leistungen sowie dem Einzug der Forderungen beauftragt wird. Für die entsprechende **Rechnungsstellung** ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie

- **Name, Anschrift, Geburtsdatum**
- **Behandlungstage** und **erbrachte Leistungen** nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker** (GebÜH)
- und **dazugehörige Diagnosen** (Diagnosen können auf Wunsch auch nicht angegeben werden, was jedoch die Erstattungsfähigkeit beeinträchtigt. Bitte sprechen Sie Ihren Heilpraktiker daraufhin an.)

erforderlich.

Hiermit erteile ich diese Einwilligung und **entbinde** hinsichtlich dieser Informationen meinen Heilpraktiker zugleich **von der Schweigepflicht**. [Merke: Es werden **NUR obige Daten** übermittelt. **DETAILS aus der Anamnese oder den Untersuchungen** werden **NICHT** übermittelt und für sie **bleibt die Schweigepflicht auch bestehen.**]

ja nein

Diese Einwilligungserklärung ist **freiwillig** und kann **jederzeit** widerrufen werden. Mir ist auch bekannt, dass ich die Einwilligung **verweigern kann**. In diesem Fall sowie im Fall des Widerrufs findet **keine Datenübermittlung statt**. Wollen Sie die Einwilligung verweigern, **sprechen Sie bitte den Heilpraktiker VOR der Behandlung an**.

Der Vertrag unterliegt deutschem Recht. Gerichtsstand ist Berlin.

Berlin, den

.....
Unterschrift der **Patientin**, des **Patienten**
(bei minderjährigen Patientinnen und Patienten:
des oder der Sorgeberechtigten)

.....
Unterschrift des **Mitarbeitenden**

Ich handle als Vertretung mit Vertretungsmacht

Unterschrift der Vertretung

(Name in Druckbuchstaben wiederholen)