

Behandlungsvertrag

Ihre persönlichen Daten:

Name:

Geburtsname:

Vornamen:

Strasse:

Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

@

Geburtsdatum:

Beruf(e):

Ihr derzeitiges Befinden:

Was fehlt Ihnen?

Fühlen Sie sich oft

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> traurig | <input type="radio"/> deprimiert | <input type="radio"/> ärgerlich | <input type="radio"/> gestresst |
| <input type="radio"/> wütend | <input type="radio"/> unsicher | <input type="radio"/> schuldig | <input type="radio"/> machtlos |
| <input type="radio"/> hilflos | <input type="radio"/> unter Druck | <input type="radio"/> orientierungslos | <input type="radio"/> voller Angst |

Empfinden Sie sich selbst als schön und liebenswert?

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> es geht so |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|

Können Sie sich selbst verwöhnen?

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> es geht so |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|

Welche Bereiche Ihres Lebens bedürfen dringend der Verbesserung?

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Gesundheit | <input type="radio"/> Selbstsicherheit | <input type="radio"/> Kommunikation |
| <input type="radio"/> Beziehungen | <input type="radio"/> Berufliche Situation | <input type="radio"/> Wohn-Situation |
| <input type="radio"/> Finanzen | <input type="radio"/> Hobbys / Freizeit | <input type="radio"/> anderes |



Möchten Sie schlechte Gewohnheiten loswerden? Welche?

Möchten Sie eine Phobie loswerden? (Konkrete Angst vor Hunden, Schlangen, Spinnen, Mäusen, Fahrstühlen, Tunnels, Höhenangst, Platzangst, Flugangst)

Ihr körperliches Befinden:

- Verdauungsbeschwerden? (Neigung zu Verstopfung? Neigung zu Durchfall?)
- Rückenschmerzen? (welcher Bereich des Rückens?)
- verspannte Schultern?
- Kniebeschwerden?
- Kopfschmerzen / Migräne?
- Schlafbeschwerden?
- Allergien?
- Chronische Müdigkeit?
- Unerklärliche Muskelschmerzen?
- (bei Frauen) Monatsbeschwerden oder PMS?
- Haben Sie Amalgam-Füllungen in den Zähnen? Wie viele?
- Wurden Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt?
- Tragen Sie Zahnkronen?
- Wurde eine Zahnwurzelbehandlung durchgeführt?
- Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen?

Beschreiben Sie bitte alles Wissenswerte zu Ihrem körperlichen Befinden in Ihren eigenen Worten (evtl. gesondertes Blatt beifügen)!



Wichtige Stationen in Ihrem Leben:

Personen, von denen Sie verletzt oder enttäuscht worden sind (Vorname und ungefähre Jahreszahl genügen)

Wie haben Sie Ihre Schulzeit erlebt? (glücklich - nicht so glücklich?)

Gab es Lehrer oder Lehrmeister, von denen Sie enttäuscht oder verletzt worden sind? (Name und Jahr)

Gehören oder gehörten Sie einer religiösen Gruppierung an?
Sind daraus irgend welche Probleme entstanden?

Gab es in Ihrem Leben Unfälle, Schicksalsschläge, Todesfälle von nahestehenden Personen?

Hatten Sie schwerwiegenden Krankheiten? (Was? Wann? Heute geheilt?)

Waren Sie bei Psychologen, Psychiatern, Ärzten, Heilpraktikern? (Wann? Für welche Störung?)

Sind Sie schon einmal operiert worden? (Was? Wann? Mit oder ohne Vollnarkose? Komplikationen?)

Nehmen Sie Medikamente oder haben Sie früher welche genommen? (Was? Wann?)

Was war die bisher wichtigste Lernerfahrung für Sie?



Ihre Herkunftsfamilie:

Gibt es bei Ihren Vorfahren besondere Vorkommnisse, die Ihnen bekannt sind?
(Hat zum Beispiel ein Vorfahre seine Eltern oder einen Elternteil oder ein Geschwister früh verloren? Gab es Selbstmorde, Depressionen, mysteriöse Todesfälle?)

Nennen Sie bitte 5 gute Eigenschaften des Vaters:

Nennen Sie bitte 5 gute Eigenschaften der Mutter:

Nennen Sie bitte 5 weniger gute Eigenschaften des Vaters:

Nennen Sie bitte 5 weniger gute Eigenschaften der Mutter:

Was hätten Sie gerne mehr von Ihrem Vater gehabt?

Was hätten Sie gerne mehr von Ihrer Mutter gehabt?



Ihre Wahlfamilie:

Vorname des heutigen Lebenspartners/ der heutigen Lebenspartnerin:

Sind Sie verheiratet?

Seit wann sind Sie ein Paar?

Nennen Sie bitte 5 gute Eigenschaften des Lebenspartners/ der Lebenspartnerin:

Nennen Sie bitte 5 weniger gute Eigenschaften des Lebenspartners/ der Lebenspartnerin:

Kinder:

(Ältestes zuerst)

Vorname: Geburtsdatum:

Wichtige Anmerkung:

Vorname: Geburtsdatum:

Wichtige Anmerkung:

Vorname: Geburtsdatum:

Wichtige Anmerkung:

Vorname: Geburtsdatum:

Wichtige Anmerkung:

(weitere bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen)

Gibt es bei Ihnen oder einer Ihrer Partner/innen Fehlgeburten oder Abtreibungen?



Ziel:

Was möchten Sie durch die Zusammenarbeit mit mir in erster Linie erreichen?

§ 1 Anwendungsbereich des Behandlungsvertrages

- a) Der Behandlungsvertrag regelt die Geschäftsbeziehung zwischen Heilpraktiker und Patient als Behandlungsvertrag im Sinne der §§ 611 ff BGB, soweit zwischen den Vertragsparteien abweichendes nicht schriftlich vereinbart wurde.
- b) Der Behandlungsvertrag kommt zustande, wenn der Patient das generelle Angebot des Heilpraktikers, die Heilkunde gegen jedermann auszuüben, durch konkludentes Handeln annimmt und sich an den Heilpraktiker zum Zwecke der Beratung, Diagnose oder Therapie wendet.
- c) Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, einen Behandlungsvertrag ohne Angabe von Gründen abzulehnen; insbesondere wenn ein erforderliches Vertrauensverhältnis nicht erwartet werden kann, es um Beschwerden geht, die der Heilpraktiker aufgrund seiner Spezialisierung oder aus gesetzlichen Gründen nicht behandeln kann oder darf oder die ihn in Gewissenskonflikte bringen können. In diesem Fall bleibt der Honoraranspruch des Heilpraktikers für die bis zur Ablehnung entstandenen Leistungen, einschließlich Beratung, erhalten.



§ 2 Inhalt und Zweck des Behandlungsvertrages

a) Der Heilpraktiker erbringt seine Dienste gegenüber dem Patienten in der Form, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten der Ausübung der Heilkunde zur Beratung, Diagnose und Therapie beim Patienten, unter Berücksichtigung von eventuellen Behandlungsverboten und seiner Sorgfaltspflicht, anwendet. Dabei werden häufig auch Methoden angewendet, die schulmedizinisch nicht anerkannt sind und nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Diese Methoden sind allgemein auch nicht kausal-funktional erklärbar und insofern nicht zielgerichtet. Insofern kann ein subjektiv erwarteter Erfolg der Methode weder in Aussicht gestellt noch garantiert werden.

§ 3 Mitwirkung des Patienten

Zu einer aktiven Mitwirkung ist der Patient nicht verpflichtet. Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, die Behandlung abzubrechen, wenn das erforderliche Vertrauensverhältnis nicht mehr gegeben erscheint, insbesondere wenn der Patient Beratungsinhalte negiert, erforderliche Auskünfte zur Anamnese und Diagnose unzutreffend oder lückenhaft erteilt oder Therapiemaßnahmen vereitelt.

§ 4 Honorierung des Heilpraktikers

a) Der Heilpraktiker hat für seine Dienste Anspruch auf ein Honorar. Es wird im Vorfeld vereinbart, ob die Abrechnung nach Stundensatz oder pauschal erfolgt. ()
b) Die Honorare sind jeweils nach Rechnungserhalt, per Überweisung auf das angegebene Praxiskonto zu begleichen.

§ 5 Vertraulichkeit der Behandlung

a) Der Heilpraktiker behandelt die Patientendaten vertraulich und erteilt bezüglich der Diagnose, der Beratungen und der Therapie sowie deren Begleitumstände und den persönlichen Verhältnissen des Patienten Auskünfte nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung des Patienten. Auf die Schriftform kann verzichtet werden, wenn die Auskunft im Interesse des Patienten erfolgt und anzunehmen ist, dass der Patient zustimmen wird.
b) Absatz a) ist nicht anzuwenden, wenn der Heilpraktiker aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist - beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen - oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige. Absatz a) ist ferner nicht anzuwenden, wenn in Zusammenhang mit der Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen ihn oder seine Berufsausübung stattfinden und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann.
c) Der Heilpraktiker führt Aufzeichnungen über seine Leistungen (Handakte und elektronische Patientendatei). Dem Patienten steht eine Einsicht in die Handakte jederzeit zu; er kann die Herausgabe der Handakte aber nicht verlangen. Absatz b) bleibt unberührt. Der Patient stimmt der elektronischen Verarbeitung seiner Daten zu.
d) Sofern der Patient eine Behandlungs- oder Krankenakte verlangt, erstellt diese der Heilpraktiker kosten- und honorarpflichtig aus der Handakte und elektronischen Patientendatei. Soweit sich in der Handakte Originale befinden, werden diese in der Behandlungsakte in Kopie beigelegt.
e) Handakten werden vom Heilpraktiker 30 Jahre nach der letzten Behandlung oder 10 Jahre nach dem Tod des Patienten vernichtet. Die Vernichtung unterbleibt, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Akten für Beweis Zwecke infrage kommen könnten.



§ 6 Rechnungsstellung

a) Der Patient erhält jeweils zum Monatsende, wenn in dem entsprechenden Kalendermonat eine Inanspruchnahme des Heilpraktikers stattfand, automatisch eine Rechnung, spätestens zum 15. des Folgemonats. Bei pauschaler Abrechnung erfolgt die Bezahlung per Vorkasse. Die einfache Ausstellung ist gebührenfrei. Die Rechnung zur Vorlage beim Finanzamt, oder für die eigene Aufbewahrung enthält Namen und Anschrift des Heilpraktikers, den Namen und die Anschrift sowie das Geburtsdatum des Patienten. Sie spezifiziert den Behandlungszeitraum und die bezahlten Honorare, Dritt- und Nebenleistungen.

Diese Rechnung enthält weder eine Diagnose, noch werden die Leistungen so aufgeschlüsselt, dass daraus auf eine Diagnose geschlossen werden kann.

§ 7 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten aus dem Behandlungsvertrag und den AGB sollten gütlich beigelegt werden. Hierzu empfiehlt es sich, Gegenvorstellungen, abweichende Meinungen oder Beschwerden zunächst mündlich und gegebenenfalls auch schriftlich der jeweils anderen Vertragspartei vorzulegen.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages oder der AGB ungültig oder nichtig sein oder werden, wird damit die Wirksamkeit des Behandlungsvertrages insgesamt nicht tangiert. Die ungültige oder nichtige Bestimmung ist vielmehr in freier Auslegung durch eine Bestimmung zu ersetzen, die dem Vertragszweck und dem Parteiwillen am nächsten kommt.

Stand: 01. 01.2011

Ich habe den Behandlungsvertrag (Stand 01.01.2011) gelesen und verstanden und stimme durch meine Unterschrift in allen Punkten zu.

Ort, Datum Unterschrift



Angela Braun
Heilpraktikerin

Im Augster 23 79592 Fischingen Mail: praxis@braun-fischingen.de www.heilsame-informationen.de