

## Behandlungsvertrag Osteopathie

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt [ ] ja [ ] nein

### I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

### II. Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag von ca. EUR [\_\_\_\_\_, \_\_\_\_] vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

### III. Hinweise

#### Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.

Der Patient ist daher verpflichtet,

- Termine pünktlich einzuhalten,
- falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale an.

#### Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten grundsätzlich keine Erstattung der osteopathischen Leistungen. Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

**Das Informationsblatt zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.**

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_