

PATIENTENERKLÄRUNG

Name, Vorname: _____

Straße Hausnr.: _____

PLZ Ort: _____



Ich werde hierdurch vor meiner Behandlung darüber informiert,

1. ...dass meine Behandlung auf Basis eines Behandlungs- oder Dienstvertrages gem. § 145 BGB und §§ 611 ff BGB erfolgt und der Vertrag durch meine Inanspruchnahme der Leistung zustande kommt.
2. ...dass, wenn ich einen offiziellen Termin unkommentiert verfallen lasse, mein Behandler Rechtsanspruch auf Kostenausgleich hat. Termine sind verbindlich. Sollte ich verhindert sein, melde ich das mindestens 2 Tage vorher, allerspätestens aber früh am Vormittag des Termins.
3. ... dass Barzahlung nach Termin nicht vorgesehen ist. Ich zahle daher umgehend per Überweisung nach persönlicher Übergabe bzw. nach Post- oder eMail-Eingang der Liquidation bei mir.
4. ... dass die Behandlung durch Heilpraktiker von den gesetzlichen Krankenkassen gar nicht - bzw. nicht ohne Zusatzversicherungen - erstattet wird. Ich erfülle Zahlungsverpflichtungen gegenüber meiner Behandlerin/meinem Behandler also immer und ausnahmslos selbst und eigenverantwortlich.
5. ... dass eine Behandlung durch private Krankenversicherungen - wenn überhaupt - nur erstattet wird:
 - a. wenn sie gemäß §70, SGB V mit medizinisch anerkannten Methoden erfolgt,
 - b. gemäß §70, SGB V das fachlich ausreichende/notwendige medizinische Maß nicht übersteigt,
 - c. sich das Honorar im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ bewegt und
 - d. wenn ich als Versicherungsnehmer einen entsprechenden Tarif abgeschlossen habe
 - e. Ich weiß auch, dass die privaten Versicherungsträger nicht alle Arzneimittel ersetzen
6. Ich verstehe in Erweiterung der Punkte 4. und 5., dass...
 - a. ...Heilpraktiker sich traditionell auch solcher Verfahren und Arzneimittel bedienen, für die akademisch-wissenschaftliche Nachweise nicht/nicht immer zu erbringen sind
 - b. ...es im Rahmen einer umfassenden Ganzheitstherapie im Einzelfall vorkommen kann, dass der Einsatz dieser Verfahren das „notwendige medizinische Maß“ übersteigt
 - c. ...die Liquidation für meine Behandlung auch deshalb bei einzelnen oder mehreren Posten den Regelhöchstsatz der GOÄ¹ bzw. der GebüH² übersteigen kann
7. Da sich HP-Liquidationen i.d.R. an der GebüH² orientieren, gibt es keinen pauschalen Stundensatz. Als persönliche Kalkulationsgrundlage kann ich jedoch von etwa 70,- bis 80,- € pro Stunde ausgehen.
8. Ich weiß nun, dass ich meine Behandlungskosten und die mir verschriebenen Arzneimittel von den gesetzlichen Kassen nicht erstattet bekomme und von den privaten Krankenversicherungen mglw. nur dann Rückerstattungen erhalte, wenn die bei der Behandlung unter 4. aufgeführten Kriterien erfüllt werden können, was, wie in den Punkten 5. und 6. dargestellt, nicht immer gegeben ist.
9. Mir ist hiermit auch bekannt, dass die Bezeichnung HEILPRAXIS SCHOENHOFF der werbende Name der Praxisgemeinschaft ist. Die dort tätigen Heilpraktiker arbeiten jeweils auf selbständiger Basis. Gemeinschaftliche Abrechnung oder gemeinschaftliche Haftung erfolgt zu keinem Zeitpunkt.

Hierüber informiert bestätige und erkläre ich, dass mein Behandlungsauftrag und die Zahlungspflicht von den Regelungen und dem jeweiligen Verhalten meines Krankenversicherungsträgers, sowie dem Umfang der Kostenerstattung durch meine Krankenversicherung an mich komplett unberührt bleiben.

Ich beauftrage hiermit meine Behandlerin/meinen Behandler, alles nach ihrem/seinem fachlichen Ermessen notwendige zur Besserung meiner Beschwerden zu tun. Ich selbst verpflichte mich, dem persönlichen Ziel gesund zu werden entsprechend, ebenso zur aktiven Mitarbeit an meiner Genesung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

¹ GOÄ, Gebührenordnung für Ärzte

² GebüH, Gebührenordnung für Heilpraktiker