

# Behandlungsvertrag Therapiezentrum Altstein - Osteopathie

---

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Telefonnummer privat

dienstlich

---

E-Mail

Krankenkasse/Zusatzversicherung/Beihilfe/Stadt/öffentl. Dienst

---

Ich stimme der Zusendung unserer Informationen als E-Mail zu

Vor Beginn der 1. Sitzung wurde ich auf folgende Punkte aufmerksam gemacht:

1. Sie wünschen eine manuelle Behandlung unter **Anwendung osteopathischer Prinzipien**. Erkundigen Sie sich wegen Übernahme der Kosten bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse auf Rezept, es wird zum Teil erstattet, oder es erfolgt eine Abrechnung ohne Rezept nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.
2. Wir müssen Sie über schwerwiegende Komplikationen hinweisen, **die sehr selten sind**. Unter ungünstigen Bedingungen kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu:
  - \* einem Schlaganfall
  - \* eine Hirnblutung oder
  - \* einer Schädigung des Rückenmarks kommen.
3. Die Sitzungen können **keine ärztliche Behandlung ersetzen**. Daher soll keine laufende ärztliche Behandlung unterbrochen bzw. eine notwendig werdende Behandlung hinausgeschoben oder unterlassen werden.
4. **Eine Sitzung kostet ca. 90 € (ca. 45 Min.)** Ich verpflichte mich zur sofortigen Zahlung von Beträgen nach Rechnungsstellung unabhängig von der Erstattung Ihrer Krankenkasse.
5. **Absagepflicht**

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, **diesen 24 Stunden vorher absagen** muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Fernbleiben ohne rechtzeitige Absage berechtigt den Therapeuten / die Praxis, die vereinbarte Vergütung zu verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein (§615 BGB).
6. Nehmen Sie Ihr **Leintuch** selbst mit, wir können sie nicht lagern.
7. Ich bitte Sie mich von der **Schweigepflicht**, Mitarbeiter des Therapiezentrums Altstein und Ihren behandelnden Ärzten, Therapeuten und Hebammen nach Absprache mit Ihnen zu befreien.

Wir freuen uns auf Sie

**Datum:** \_\_\_\_\_

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