

BodyLightness Praxis für Akupunktur und Massage

HP Caroline Bush B.Sc.

Untere Weidenstrasse 2, 81543 München

Tel. +49(0)17661635725, info@bodylightness.com www.bodylightness.com

Behandlungsvertrag

Zwischen Frau/Herrn: _____ Geburtsdatum: _____
(Name und Vorname der Patientin/des Patienten)

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherung (Name der Versicherung): privat: _____

Beihilfe: _____ gesetzlich: _____

Zusatzversicherung: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Email: _____

und Heilpraktikerin Caroline Bush.

Abrechnungshinweise

Übernahme der Kosten durch Dritte / Rechnungserstellung: Gesetzliche Krankenkassen erstatten Heilpraktiker-Leistungen nicht. Bei privaten Versicherungen erfolgt die Erstattung im Rahmen des individuellen Vertrages. Die Rechnungserstellung zur Abrechnung mit den Versicherungen basiert auf der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) unter Anwendung des Höchstsatzes. Der Honoraranspruch besteht unabhängig von der Erstattung durch Dritte. Es ist möglich, dass Versicherer den Rechnungsbetrag nicht in voller Höhe erstatten und sich somit eine Selbstbeteiligung ergeben kann. Der Ausgleich der Rechnung wird fällig, wenn der/dem Zahlungspflichtigen eine nach GebÜH erstellte Rechnung übermittelt worden ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine 24h vorher abgesagt werden müssen (auch nach Sonn- und Feiertagen) oder andernfalls vollumfänglich in Rechnung gestellt werden können.

Datenschutz

Ja, ich bin einverstanden mit der Kontaktaufnahme per Telefon / E-Mail / SMS-MMS / Messengerdienste (nicht gewünschte Kommunikationsmittel ggf streichen), sofern sie die Behandlung betreffen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich die Rechnung im PDF-Format per E-Mail erhalte.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Gesundheitsdaten über meine Person an die Abrechnungssoftware der Firma simplimed GmbH (Am Ehrenmal 19, 51588 Nümbrecht) auf

Ihrem Server in der Cloud in Deutschland datenschutzkonform zum Zwecke der Abrechnung übermittelt und gespeichert werden.

Behandlungshonorar

Das Honorar für eine Behandlung richtet sich nach dem Zeitaufwand, die derzeit gültigen Preise pro Behandlungsart und -dauer sind auf der Seite [Preise | Body Lightness](#) einsehbar.

Die Abrechnung erfolgt nach den Tarifen des GeBüH. Diese Form der Rechnung können Sie bei Ihrer PKV, Zusatzversicherung oder Beihilfestelle einreichen.

Vermerke zum Aufklärungsgespräch

Es wurde über das therapeutische Vorgehen aufgeklärt, Vor- und Nachteile von Alternativen erörtert, Risiken, Komplikationen, Kontraindikationen, Erfolgsaussichten besprochen. Weiteres die Problematik der unter Umständen fehlenden Kostenerstattung, sowie Ablehnung einzelner therapeutischer Maßnahmen seitens der Versicherungen.

- Ich konnte im **Aufklärungsgespräch** Fragen stellen. Diese wurden verständlich und umfassend beantwortet. Den dazugehörigen Aufklärungsbogen habe ich gelesen. Ich willige in die Behandlung ein. Während der Anamnese habe ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Krankenkasse nicht verpflichtet ist, Heilpraktiker-Leistungen zu übernehmen.
- Die **Patienteninformation zum Thema Datenschutz** habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich habe ein **Informationsblatt zu den Indikationen, Abläufen, Risiken und möglichen Nebenwirkungen einer Akupunkturbehandlung** gelesen und zur Kenntnis genommen.
- **Behandlungsbeginn** für die geplante Heilpraktikerleistung ist: _____

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich gem. obigem Text durch Frau Caroline Bush über die Untersuchung und Behandlung durch Akupunktur und weitere Behandlungsmethoden aus der Traditionellen Chinesischen Medizin [TCM] (GuaSha, Schröpfen, Moxibustion) aufgeklärt worden bin und erkläre mich mit dieser Behandlungsform einverstanden. Bei Nebenwirkungen oder einer Verschlechterung des Allgemeinzustands als Folge einer Behandlung werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Behandlungserfolg kann, wie bei jeder seriösen Therapieform, nicht übernommen werden.

Name des Patienten: _____ Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Ich verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Akupunktur und/oder weitere Behandlungsmethoden der TCM.

Unterschrift des Patienten: _____ Datum: _____