



**Praxis für Naturheilkunde & Ästhetik**

**Anja Freund**

Heilpraktikerin

## **Einverständniserklärung**

**Honorarvereinbarung / Aufklärung über einen möglichen Selbstbehalt bei Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger (Beihilfe/ Privatkrankenkasse)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte lesen Sie diese Einverständniserklärung aufmerksam durch. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit den Vereinbarungen einverstanden sind.

Die Kosten einer naturheilkundlichen Behandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des normalen Versicherungsschutzes grundsätzlich nicht erstattet. Eine vollständige oder teilweise Erstattung ist bei diesen Krankenkassen häufig über angeschlossene Zusatzversicherungen möglich.

Private Krankenversicherungen übernehmen in der Regel die Kosten für Heilpraktikerbehandlungen und deren Verordnungen, jedoch in sehr unterschiedlichem Umfang. Zum Teil sind Leistungen auch komplett ausgeschlossen. Genaue Informationen hierüber erhalten Sie bei Ihrer Krankenversicherung.

Behördenbedienstete und Beamte erhalten oftmals Beihilfen zu Heilpraktikerleistungen und deren Verordnung. Auch hierfür gibt es Unterschiede, Leistungsbegrenzungen und Leistungseinschränkungen. Bitte informieren Sie sich vor Therapiebeginn über den bezuschussten Satz, damit Ihnen die Kosten Ihres Selbstbehaltes bekannt sind.

Sofern eine vollständige oder teilweise Erstattung der Kosten durch eine Versicherung in Frage kommt, stelle ich auf Wunsch eine detaillierte Rechnung aus, die auf dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) /Höchstsatz basiert. Da die Gebührenordnung von 1985 ist, können diese Leistungen nach heutiger Sicht betriebswirtschaftlich nicht ausreichend die Kosten decken. Aus diesem Grund weichen die Preise in Teilen der GebüH ab.

Ich gehe keinen Vertrag mit ihrer Versicherung, sondern einen Behandlungsvertrag mit Ihnen ein. Die Erstattung über die Versicherung muss durch Sie eingeleitet werden.

Wird aufgrund Ihres Vertrages mit Ihrer Versicherung der Rechnungsbetrag nicht oder nur teilweise erstattet, ist der Rechnungsbetrag vom Patienten selbst zu zahlen.

Für die Behandlung erhebe ich **95,- €** pro Zeitstunde. Hinzu kommen die Kosten für Heilmittel und spezielle Anwendungen, wie z. B. Medikamente, Tape, Blutegel oder andere Materialien.

Die einzelnen Sitzungen sind in der Regel im Anschluss bar zu zahlen.

Patienten mit einer privaten Krankenversicherung oder mit einer privaten Zusatzversicherung bekommen selbstverständlich eine Rechnung in Anlehnung an die GebüH zum Einreichen bei der Versicherung zugesendet.

**Für einige Anwendungen gelten jedoch die unten aufgeführten Sätze:**

<b>Erstanamnese</b> bei Selbstzahlern (Erstaufnahme des Patienten, Dauer 90 Min.)	190,00 €
Inklusive traditioneller Urinfunktionsdiagnostik	
<b>Jede weitere benötigte Zeit wird nach dem regulären Stundensatz von 95,- Euro berechnet</b>	
<b>Blutegelbehandlung</b> , je nach Behandlungsdauer	130,00 - 240,00 €
(plus 11,- Euro pro Egel, plus Versandgebühren 13,50 Euro, inkl. Verbandsmaterial)	
<b>Fußreflexzonenmassage</b>	68,00 €
(Dauer etwa 40 Min., plus 10 Min. Nachruhezeit)	
<b>Reiki</b> (Vollbehandlung)	95,00 €
(Dauer etwa 60 Min. , inkl. Nachruhezeit )	
<b>Injektionstherapie</b> ( i.m. / s.c. / i.c.)	15,00 €
<b>Injektionstherapie intravenös</b> ( i.v. )	18,00 €
<b>Quaddelbehandlung</b> Rücken Reflexzone	16,00 €
<b>Aderlaß nach Hildegard von Bingen</b>	49,00 €
<b>Beratung - telefonisch oder per Mail</b> (je nach Dauer)	ab 18,00 € nach Stundensatz
<b>Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes</b> (als alleinige Leistung)	8,00 €
<b>Bereitstellung von Labormaterial</b>	12,00 €
<b>Blutentnahme</b>	16,00 €
plus Beratung	25,00 €
<b>Harnuntersuchung</b> qualitativ (Teststreifen)	6,00 €
<b>Traditionelle Urin-Funktionsdiagnostik</b>	58,00 €
<b>Ohrakupunktur</b>	pro Sitzung 45,00 € 10er Reihe 420,00 €

**Alle weiteren Laboruntersuchungen werden direkt mit dem Labor durch Sie verrechnet.**

Mit Beginn der Therapie nenne ich Ihnen die voraussichtlichen Kosten der Behandlung, soweit dies möglich ist.

Telefonisch ist es leider nicht möglich, endgültige Preisaussagen zu treffen, da die Therapie häufig erst im Erstgespräch festgelegt werden kann.

**Bitte beachten Sie:**

**Vereinbarte Termine sind ausschließlich für Sie fest reservierte Zeiten. Da es einer gründlichen Vorbereitung durch mich für den vereinbarten Termin bedarf, werden Termine, die seitens des Patienten nicht innerhalb von 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, mit 50% der entgangenen Behandlungszeit berechnet.**

### **Behandlungsvertrag**

Ich bin mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

Name: ..... Geb.-datum: .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift .....

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung**  
**von Patientendaten gem § 73 Abs 1b SGB V**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Frau Anja Freund / Praxis für Naturheilkunde zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Befunde usw.
  
- Ich bin damit einverstanden, dass Frau Anja Freund / Praxis für Naturheilkunde mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten/Labore zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechende Dokumentation übermittelt und/oder bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/ Physiotherapeuten/Labore Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Die Datenschutzerklärung meiner Praxis wurde Ihnen ausgehändigt und liegt jederzeit zum Nachlesen für Sie im Wartebereich aus.

**Bitte beachten Sie, dass die Erklärung freiwillig ist, d.h. Sie können Ihre Einwilligung verweigern oder später mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Jedoch kann ohne diese Einwilligung eine Behandlung durch mich leider nicht erfolgen.**

Ort, Datum: .....

Unterschrift .....

---

**Praxis für Naturheilkunde & Ästhetik**  
**Anja Freund**  
Heilpraktikerin

Kurpfalzstraße 25  
69226 Nußloch

Telefon: 06224 - 76 85 50

Fax: 06224 - 76 85 51

Mail: kontakt@naturheilkunde-freund.de

