



Behandlung von chronischen Erkrankungen, Herz- und Kreislaufproblemen, hormonellen Störungen (Kinderwunsch, Hypo- und Hypermenstruation), Diabetes, Alzheimer, Demenz, MS und Parkinson, Koma- und Wachkomapatienten, sowie tracheotomierte Patienten, biologische Krebsbehandlung, allgemeine Kindersprechstunde, Erkrankungen des Bewegungsapparates usw.

## **Anamnesebogen und Behandlungsvertrag, AGB für Heilpraktiker**

Sie haben sich für eine naturheilkundliche Behandlung in meiner Praxis entschieden. Um Sie schnell, Ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend, beraten und behandeln zu können, ist es erforderlich vorab ein paar Informationen zu erhalten.

Bitte nehmen Sie sich hierzu ausreichend Zeit, da je gewissenhafter Sie dieses ausfüllen, je eher besteht die Möglichkeit gezielt dem „roten Faden“ zu folgen. Das Skript ist sehr umfangreich, aber nur so kann ich mir ein genaueres Bild über Ihre Beschwerden bzw. Ihre Erkrankung machen.

Bitte füllen Sie das vorliegende Formular vor Ihrem ersten Praxisbesuch vollständig aus und lesen Sie die **allgemeinen Geschäftsbedingungen für Heilpraktiker und den Behandlungsvertrag, welchen Sie mit Ihrer Unterschrift schließen und akzeptieren. Bitte bestätigen Sie im Anschluss die von Ihnen gemachten Angaben mit Ihrer Unterschrift, vielen Dank!**

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon(privat) \_\_\_\_\_

Telefon(mobil) \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Geburtstag:/Geburtsort: \_\_\_\_\_

Körpergröße/Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder, Anzahl, Alter: \_\_\_\_\_

**Hausarzt mit Anschrift und Telefonnummer:**

**Welche Beschwerden führen Sie heute in meine Praxis?**

**Seit wann haben Sie die Beschwerden?**

**Sind die Beschwerden stärker geworden?(Skala 1-10)**

**Hatten Sie solche oder ähnliche Beschwerden schon einmal?**

Ja/Nein

Wie oft/

wann das erste Mal/

wann zum letzten Mal?

---

**Beschwerden:**

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie bitte den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0-10 an. Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

- |    |       |            |                  |
|----|-------|------------|------------------|
| 1. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 2. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 3. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 4. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 5. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 6. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 7. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |

**Welche Behandlungen haben Sie in Bezug auf diese Beschwerden schon erhalten?**

**Wie viele Ärzte, Heilpraktiker, Kliniken haben Sie in dieser Sache bereits aufgesucht?**

**Wie war der Erfolg?**

Sehr gut

gut

mäßig

schlecht

**Was trat unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden auf?**

(Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Trennung, Schreck, Unfall, Operation, Hautausschläge, Auslandsaufenthalt, Insektenbiss oder anderer Biss, sonstiges Ungewöhnliches?)

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

**Welche Fachärzte haben Sie in den letzten 3 Jahren besucht?**

**Krankenhaus oder Kuraufenthalte in den letzten 3 Jahren?**

**Waren Sie in den letzten Monaten im Ausland?**

Wo, wann und wie lange?

**Leiden Sie unter bestimmten Ängsten oder Abneigungen?**

Ja/nein

Falls ja, welche?

**Könnten diese im Rahmen meiner Behandlung von Bedeutung sein? Z.B. Spritzenangst**

Ja/Nein

**Rauchen Sie?**

Ja/nein

Wie viele /Tg?

**Trinken Sie Alkohol?**

Ja/nein/gelegentlich/regelmäßig

**Hatten Sie Unfälle? Ja/Nein**

**Was ist passiert?**

**Wann /Jahr**

**Folgeschäden?**

Besondere Anmerkungen:

**Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung?**

Ja/nein                      Falls ja, welche?

Rheuma, Fibromyalgie, Sarkoidose, Morbus Boeck, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Lupus Erythematodes, Myastenia gravis, Morbus Basedow, Hashimoto, Schilddrüsenentzündung oder Sonstige:

---

**Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?**

Ja/Nein                      bisher nicht bekannt

z.B. gegen Hausstaub, Tierhaare, Asthma, Laktose-, Fruktoseintolleranz, Zölliakie, Sprüe/Glutenunverträglichkeit, Kontaktallergien, Sonstiges:

---

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?  
(auch Pille, Schmerz-, Schlaf- und Abführmittel)

<b>Medikament</b>	<b>ca seit</b>	<b>Dosierung</b>

**Treiben Sie Sport?**

Ja/nein

Welche Sportarten? Wie oft/Wo?

Regelmäßig/unregelmäßig?



**Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bereits vorgekommen?**

(Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel usw)

(z.B. Krebs, Herzerkrankungen, Gefäßkrankheiten, Gicht, Zuckerkrankheiten/Diabetes, Schilddrüsenleiden, Asthma, Lungenerkrankungen, COPD, Rheuma, Muskelerkrankungen, Neurodermitis, Burn out, Alzheimer, Demenz, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Bluthochdruck, Schlaganfall, Fettstoffwechselerkr., Steinerkrankungen, Allergien, Mukoviszidose, Fibromyalgie, Multiple Sklerose, Schuppenflechte/Psoriasis, Depressionen, Angststörungen, Geschlechtskrankheiten, ADAS, Sonstige:

<b>Erkrankung</b>	<b>Verwandtschaftsgrad</b>	<b>Wie lange</b>

**Leiden Sie zur Zeit an den nun aufgelisteten Erkrankungen?**

(bitte ankreuzen)

- Herz- und Kreislaufbeschwerden
- Bluthochdruck
- Diabetes
- Fettstoffwechselstörung
- Gicht, erhöhte Harnsäure
- Lungenerkrankung/Asthma
- Chronische Bronchitis(COPD)
- Wirbelsäulenerkrankungen
- Arthrose/Gelenkerkrankungen
- Sehnenerkrankungen
- Galle, Leber, Hepatitis
- Niere, Harnapparat, Blase, Prostata
- Magen-Darm-Trakt
- Reizdarm,- magen
- Infektionskrankheiten
- Sonstige

---

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

Tuberkulose, Kinderlähmung(Polio), Diphtherie, Tetanus, Hämophilus Influenza (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röttern, Cholera, Gelbfieber, Hepatitis, Pocken, Grippe, Humanes Papilloma Virus (HPV), FSME(Zecken), Sonstige:

---

---

---

---

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

(z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderung, Übelkeit, Sehstörungen, ect.)

---

<b>Emotionales</b>	<b>Ernährung</b>
Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?	Wie viel Liter Wasser trinken Sie tgl.?
Sind Sie berührungsempfindlich?	Was trinken Sie zusätzlich?
Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?	Welche Nahrungsmittel essen Sie tgl.?
Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?	---Milchprodukte      ---Süßigkeiten
Existieren immer wieder kehrende Ängste? (z.B. vor Spinnen, enge Räume usw.)	---Weißmehlprodukte    ---Kuchen
	---Eier                      ---Zucker
	---Sonstiges
<b>Beantworten Sie bitte mit Ja/Nein</b>	

Leiden Sie unter Konzentrationsbeschwerden, Gedächtnisstörungen oder ähnliches?

Sind Sie müde und erschöpft, falls ja seid wann?

Leiden Sie unter zunehmender, verstärkter Reizbarkeit?

Haben Sie Ängste/Schuldgefühle/Konflikte, die Sie belasten?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Schwitzen Sie leicht?

Schwitzen Sie nachts? Falls ja, an welchem Körperteil:  
Ist es kalter Schweiß?      Oder warmer Schweiß?

Frieren Sie schnell? Schon immer oder ab einem bestimmten Ereignis/Datum?

Haben Sie öfter kalte Hände.....kalte Füße?  
Wie belastbar und leistungsfähig sind Sie von 0-100?



Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern? (v 1-10)	<b>Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?</b>
Haben Sie einen Partner(in)? Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner(in)? (1-10)	<b>Ernährung:</b> (bitte ankreuzen)
Sind Sie glücklich?	<b>Verlangen nach:</b> <b>Abneigung gegen:</b>
Wurden Sie gestillt?	...süß
War Ihre Geburt eine natürliche?	...sauer
	...pikant
	...bitter
	...salzig
	...scharf
	...Fleisch
	...Eier
	...Obst
	...Fett
	...Nikotin
	...Alkohol

**Nahrungsmittel Allergien auf:**

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

(z.B. Trennkost, vegetarisch usw.) Falls ja, welche?

**Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten wenn erforderlich mit meiner Hilfe zu verbessern? (ja, nein)**

**Ich esse:**

....sehr schnell      ....sehr langsam      ....habe keinen Appetit

....dreimal täglich      ....alle 4-5 Std.      ....häufiger

**Ich esse die größte Mahlzeit:**

\_\_\_\_Frühstück      \_\_\_\_Mittagessen      \_\_\_\_Abendessen

\_\_\_\_Ich esse ständig

**Ich esse täglich:**

\_\_\_\_Wurst und Fleisch      \_\_\_\_Kuchen      \_\_\_\_weniger als 2 Portionen Obst

\_\_\_\_weniger als drei Portionen Gemüse

<b>Wohnung</b>	<b>Kopf</b>	<b>Zähne/Kiefer</b>
<p>Wie ist Ihre Wohnung beschaffen? (Belastung m. Schimmelpilzen, Holzschutzmittel, Teppichboden, Mikrowelle)?</p> <p>Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet? (schnurlose Telefone, elektrische Geräte, Wasserbett...)</p> <p><b>Wie ist Ihr Schlaf?</b>  ----Schlaflosigkeit  ----häufiges Erwachen um.....Uhr?  ----nächtliches Wasserlassen, wie oft?    ----Schwierigkeiten b. Einschlafen?  ----Unruhe in den Beinen?  ----Sprechen im Schlaf?  ----Sprechen im Schaf?  ----Nachtschweiß  ----heiße Füße  ----Zähneknirschen</p>	<p>Leiden Sie unter Kopfschmerzen?  --häufig, --selten,  --nie</p> <p>Wo?  Stirn-Augen-  Schläfenregion</p> <p>---Hinterhauptregion  ---Morgens  ---Abends  ---Halbseitig  ---Links ---Rechts  ---Doppelseitig  ---Wandernd v links  n. rechts oder  umgekehrt</p> <p>---nur am  Wochenende</p> <p>Auslöser der Kopfschmerzen?  Was verbessert/  verschlechtert?</p> <hr/>	<p>---häufige Zahnarztbesuche</p> <p>---Beschwerden bei der Zahnung</p> <p>---Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne</p> <p>---wurzelbehandelte Zähne</p> <p>---empfindliche Zähne</p> <p>Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen schon entfernt?</p> <p>Zahnmaterialien, die vorherrschend?</p> <p>---Amalgam  ---Gold  ---Titan  ---Kunststoff  ....Keramik  ....Palladium</p> <p><b>Nase</b></p> <p>---Operationen  ....Heuschnupfen  ....Allergien auf:</p>

Wie schlafen Sie? (Bauch-, Rückenlage, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt?)

<p><b><u>Brust/Bauch</u></b>  <b>Bustdrüse</b>  -Beschwerden  -Schmerzen bei Berührung  -Knoten  -Operationen</p>	<p><b><u>Haare</u></b>  Haarausfall?  ---kreisrund ---vereinzelt    Seit wann?</p>
---	--

<p><b>Augen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Bindehautentzündung</li> <li>----kurzsichtig</li> <li>----weitsichtig</li> <li>----sonstige Beschwerden</li> <li>----Brille</li> </ul> <p>Seit: _____</p> <p><b>Ohren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Schmerzen links</li> <li>----Schmerzen rechts</li> <li>----Schmerzen beidseitig</li> <li>----Mittelohrentzündung</li> <li>----Ohrgeräusche</li> <li>----Ohrendruck</li> <li>----Schwerhörigkeit</li> <li>----Beidseits</li> <li>----Rechts</li> <li>----Links</li> </ul>	<p><b>Nase</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----behinderte Nasenatmung</li> <li>----Nase verstopft</li> </ul> <p>Absonderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----wässrig      ----eitrig</li> <li>----schleimig      ----grünlich</li> <li>----häufig Nasennebenhöhlenentzündungen</li> </ul> <p><b>Mandeln</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Operation</li> <li>----häufige Mandelentzündungen</li> <li>----als Kind</li> <li>----heute</li> </ul> <p><b>Schilddrüse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Überfunktion      ----Autoimmunerkr.</li> <li>----Unterfunktion      ----Hashimoto</li> <li>----Vergrößerung      ----Morbus Basedow</li> <li>----Operation      ----Schilddrüsenentz.</li> </ul>
--	--

<p>Brust- Bauch</p> <p><b>Herz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Beschwerden</li> <li>----Stechen</li> <li>----Druckgefühl</li> <li>----Beklemmungen</li> <li>----Rhythmusstörungen</li> <li>----Infarkt</li> <li>----Angina Pectoris</li> <li>----Herzklappenfehler</li> <li>----Herzmuskelentzündung</li> </ul> <p><b>Lunge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Bronchitis</li> <li>----häufig Husten</li> <li>----Atemnot</li> </ul>	<p><b>Niere/Blase</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Nierensteine</li> <li>----Entzündungen</li> <li>    Wie oft? _____</li> <li>----Blasenschwäche</li> </ul> <p><b>Harn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----viel</li> <li>----wenig</li> <li>----häufig kleine Mengen</li> <li>----dunkler Urin</li> <li>----heller Urin</li> <li>----Geruch nach:</li> </ul>	<p>Arme-Beine-Rücken-Haut</p> <p><b>Arme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Verletzungen</li> <li>----Schmerzen</li> <li>----Tennisellbogen</li> <li>----Kribbeln</li> <li>----kalte Hände</li> </ul> <p><b>Beine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Schmerzen</li> <li>----Krampfadern</li> <li>----Taubheitsgefühl</li> <li>----Besenreiser</li> <li>----oberflächliche Venenentzündung</li> </ul>
---	--	--

<p><b>Rücken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----eingeschränkte Beweglichkeit</li> <li>----Verspannungen</li> <li>----Belastungen/schweres Heben</li> <li>----Rheuma</li> <li>----Schmerzen</li> <li>----Hexenschuss</li> <li>----Ischialgie</li> <li>----Skoliose</li> <li>----Morbus Bechterew</li> <li>----Bandscheibenprobleme</li> <li>----Bandscheibenvorfall?</li> </ul>	<p><b>Darm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Reizdarm</li> <li>----Infektionen</li> <li>----Blinddarmoperationen</li> <li>----Blähungen; Geruch nach: _____</li> </ul> <p><b>Galle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----Steine</li> <li>----Fettunverträglichkeit</li> <li>----Operation</li> <li>----Koliken</li> <li>----Druck im Oberbauch</li> </ul>
--	---

<b>Leber</b> ----Druckgefühl ----Vergrößerung ----Entzündung ----Hepatitis	<b>Magen/Darm</b> ----Völlegefühl ----Reizmagen ----Aufstoßen ----Reflux ----Gastritis ----Helikobakter ----Appetitlosigkeit ----Nahrungsmittel- Allergie ----Magengeschwür	<b>Stuhlgang</b> ----täglich ----unregelmäßig, richt nach: ----jeden 2. Tag <hr/> ----Neigung zu Verstopfung ----Neigung zu Durchfall <hr/> ----Konsistenz des Stuhles (hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig) -mehrere Möglichkeiten bitte auch angeben!! <hr/> ----kann Stuhl nicht halten ----das Gefühl nicht fertig zu werden
<b>Beine-Haut</b> ----tiefe Beinvenenthrombose wann? _____ ----Operationen/Verletzungen ----kalte, brennende Füße ----Kribbeln ----Ödeme, wann? Abends/tagsüber  <b>Haut</b> ----Verbrennungen/Narben ----Geschwüre ----Hautjucken ----Warzen/Pilze ----Neurodermitis ----Psoriasis ----eingewachsene Nägel ----Nagelbettentzündungen ----allergische Reaktionen auf: _____	<b>Gynäkologie/Urologie</b> Ausfluss ----keinen ----stark ----weiß ----gelb ----wundmachend ----färbt die Wäsche  ----Schmerzen ----Eierstockentzündungen ----Geburten wann: <hr/> ----Fehlgeburten ----Ausscharbungen ----Abtreibungen ----Tumore ----Zysten ----Myome ----Geschlechtskrankheiten Prostata ----vergrößert ----Entzündung ----Beschwerden beim Wasser lassen ----erhöhter PSA Wert? ----Geschlechts- krankheiten? Sexualität ----vermindert ----verstärkt ----unbefriedigt ----Beschwerden beim Geschlechts- verkehr	

Ich bevorzuge folgende Heilmittel:

- Phytotherapeutika       Homöopatika       Schüßler Salze
- Bachblüten                       Apothekenpflichtige Arzneimittel

Folgende Therapieverfahren kommen für mich **nicht** in Frage:

- Ohrakupunktur       Akupunktur       Ausleitverfahren       Neuraltherapie
- Quaddel-Therapie       Infusionstherapie       Eigenbluttherapie       Schröpfen
- Massagen       Energetische Methoden, Reiki usw.       Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie       Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutverdünner ein oder besteht bei Ihnen eine Blutungsneigung?

Nein \_\_\_\_\_ Ja, welches Medikament \_\_\_\_\_

Haben Sie beim Zahnarzt schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen?

Nein \_\_\_\_\_ Ja, gut vertragen \_\_\_\_\_  
Ja, aber mit Problemen(welcher Art) \_\_\_\_\_

Ich zahle sofort im Anschluss an die Behandlung.

Ich wünsche die Rechnung einmal pro Monat.

Ich bin privat versichert und benötige hierfür eine gesonderte Rechnung.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass zur Abdeckung der Verbrauchskosten eine Vorauszahlung anfällt, die von der Endrechnung Verrechnung findet.

Ich wurde über die Risiken der jeweiligen Behandlungen (auch über Erstreaktionen der Behandlungen), die in meinem individuellen Falle Anwendung finden, informiert. Ich habe ein Aufklärungsgespräch erhalten und verstanden, ferner bin ich über die Kosten im Einzelnen informiert und aufgeklärt worden, diese enthalten ausschließlich die Tätigkeiten des Heilpraktikers. Weiter wurde ich darüber informiert, dass bei diesen Kosten noch keine Kosten für die benötigten Medikamente und ggf. die Leistungen Dritter (z.B. Labor, Darmlabor usw.) enthalten sind. Hierzu haben ich alle Fragen gestellt und keine weiteren Fragen mehr.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein. Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und verstanden, ich stimme durch meine Unterschrift in allen Punkten zu und bin mit der naturheilkundlichen Behandlung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname)

Mit meiner Unterschrift stimme ich außerdem zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann.

ja                       nein

Wenn für die Therapie erforderlich, stimme ich einer Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt ebenfalls zu. Eine vorherige mündliche Information ist hierfür ausreichend.

ja                       nein

## **§1 Anwendungsbereich der AGB**

- a) Die AGB regeln die Geschäftsbeziehungen zwischen Heilpraktiker und Patient als Behandlungsvertrag, soweit zwischen den Vertragsparteien abweichendes nicht schriftlich vereinbart wurde.
- b) Der Behandlungsvertrag kommt zustande, wenn der Patient das generelle Angebot des Heilpraktikers, die Heilkunde gegen jedermann auszuüben, durch konkludentes Handeln annimmt und sich an den Heilpraktiker zum Zwecke der Beratung, Diagnose oder Therapie wendet.
- c) Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, einen Behandlungsvertrag ohne Angabe von Gründen abzulehnen; insbesondere, wenn ein erforderliches Vertrauensverhältnis nicht erwartet werden kann, es um Beschwerden geht, die der Heilpraktiker aufgrund seiner Spezialisierung oder aus gesetzlichen Gründen nicht behandeln kann oder darf, oder die ihn in Gewissenskonflikte bringen können. In diesem Fall bleibt der Honoraranspruch des Heilpraktikers für die bis zur Ablehnung entstandenen Leistungen, einschließlich Beratung, erhalten.

## **§2 Inhalt und Zweck des Behandlungsvertrags**

Der Heilpraktiker erbringt seine Dienste gegenüber dem Patienten in der Form, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten der Ausübung der Heilkunde zur Beratung, Diagnose und Therapie beim Patienten, unter Berücksichtigung von eventuellen Behandlungsverboten und seiner Sorgfaltspflicht, anwendet. Dabei werden häufig auch Methoden angewendet, die schulmedizinisch nicht anerkannt sind und nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Diese Methoden sind allgemein auch nicht kausal-funktional erklärbar und insofern nicht zielgerichtet. Insofern kann ein subjektiv erwarteter Erfolg der Methode weder in Aussicht gestellt noch garantiert werden.

## **§3 Mitwirkung des Patienten**

- a) Zu einer aktiven Mitwirkung ist der Patient nicht verpflichtet. Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, die Behandlung abzubrechen, wenn das erforderliche Vertrauensverhältnis nicht mehr gegeben erscheint, insbesondere, wenn der Patient Beratungsinhalte negiert, erforderliche Auskünfte zur Anamnese und Diagnose unzutreffend oder lückenhaft erteilt oder Therapiemaßnahmen vereitelt.

## **§4 Honorierung des Heilpraktikers**

- a) Der Heilpraktiker hat Anspruch auf ein Honorar, welches an die GebüH angelehnt ist.
- b) Die Honorare sind jeweils:
  - direkt nach der einzelnen Behandlung
  - bzw. bei schriftlicher Vereinbarung monatlich nach Rechnungserhalt
  - nach Vorauszahlung eines Vorschuss und dessen Verrechnung mit der Endabrechnung
- c) Der Stundensatz des Heilpraktikers für die Behandlung **beträgt 68€ für 1 Stunde, zuzüglich Medikamente** oder andere angewandte Verfahren **und** Maßnahmen, sowie **eingesetzter Materialien**. Hypnosebehandlungen unterliegen nicht der GebüH und werden vom Heilpraktiker nach Stundenaufwand abgerechnet.

## **Honorarerstattung durch Dritte**

Soweit der Patient Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung des Honorars durch Dritte hat oder zu haben glaubt, wird §4 hiervon nicht berührt.

## **§6 Vertraulichkeit der Behandlung**

- a) Der Heilpraktiker behandelt die Patientendaten vertraulich und erteilt bezgl. der Diagnose, Beratungen und der Therapie sowie deren Begleitumstände und den persönlichen Verhältnissen des Patienten Auskünfte nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung des Patienten. Auf die Schriftform kann verzichtet werden, wenn die Auskunft im Interesse des Patienten erfolgt und anzunehmen ist, dass der Patient zustimmen wird.
- b) Absatz a) ist nicht anzuwenden, wenn der Heilpraktiker aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist:  
Beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Drogen – oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige. Absatz a) ist ferner nicht anzuwenden, wenn in Zusammenhang mit der Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen ihn oder seine Berufsausübung stattfinden und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann.
- c) Der Heilpraktiker führt Aufzeichnungen über seine Leistungen (Handakte oder Elektronische Patientendatei). Dem Patienten steht eine Einsicht in die Handakte jederzeit zu; er kann diese Handakte aber nicht heraus verlangen. Absatz b) bleibt unberührt. Der Patient stimmt der Verarbeitung seiner Daten zu.
- d) Sofern der Patient einen Auszug/Kopie aus der Behandlungs- oder Krankenakte Verlangt, erstellt diese der Heilpraktiker kosten- und honorarpflichtig aus der Handakte und elektronischen Patientendatei. Soweit sich in der Handakte Originale befinden, werden diese in der Behandlungsakte in Kopie beigelegt. Die Kopien erhalten den Vermerk (Stempelaufdruck), die Originale verbleiben in der Behandlungsakte.
- e) Handakten werden vom Heilpraktiker 30 Jahre nach der letzten Behandlung oder 10 Jahre nach dem Tod des Patienten vernichtet. Die Vernichtung unterbleibt, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Akten für Beweiswecke infrage kommen könnten.

## **§7 Rechnungslegung**

- a) Der Patient erhält jeweils zum Monatsende, wenn in dem entsprechenden Kalendermonat eine Inanspruchnahme des Heilpraktikers stattfand und nicht eine andere Regelung getroffen wurde, eine Rechnung, spätestens zum 15. des Folgemonats. Die einfache Ausführung erfolgt gebührenfrei. Die Rechnung zur Vorlage beim Finanzamt, oder für die eigene Aufbewahrung enthält Namen und Anschrift des Heilpraktikers, den Namen und die Anschrift, sowie das Geburtsdatum des Patienten. Sie spezifiziert den Behandlungszeitraum und die bezahlten Honorare, Dritt- und Nebenleistungen.
- b) Aus Beweis- und Erstattungsgründen durch einen Kostenträger kann auch eine Ausfertigung der Rechnung, welche die vollständige Diagnose, jede Einzelleistung (Therapiespezifizierung) mit der entsprechenden GebüH-Ziffer, jeden Einzelbetrag und Angaben über die Heilmittel enthält, vereinbart werden. Der Patient wird hiermit belehrt, dass diese Rechnungsform bereits den Bruch der Vertraulichkeit und Schweigepflicht bedeutet und dem schriftlichen Auftrag des Patienten grundsätzlich widerspricht.

### **§8 Meinungsverschiedenheiten**

Meinungsverschiedenheiten aus dem Behandlungsvertrag und den AGB`s sollten grundsätzlich beigelegt werden. Hierzu empfiehlt es sich Gegenvorstellungen, abweichende Meinungen oder Beschwerden zunächst mündlich und gegebenenfalls auch schriftlich der jeweils anderen Vertragspartei vorzulegen.

### **§9 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages oder der AGB`s ungültig oder nichtig sein oder werden, wird damit die Wirksamkeit des Behandlungsvertrages insgesamt nicht tangiert. Die ungültige oder nichtige Bestimmung ist vielmehr in freier Auslegung durch eine Bestimmung zu ersetzen, die dem Vertragszweck und dem Parteienwillen am nächsten kommt.

### **Patientenbestätigung – und erklärung:**

Mit meiner Unterschrift wird der Behandlungsvertrag, den ich gelesen und in allen Punkten verstanden habe, wirksam. Spezielle Punkte und Fragen, die einem besseren Verständnis dienen konnte ich an den Heilpraktiker stellen und diese wurden mir zufriedenstellend beantwortet, so dass alle Unklarheiten beseitigt sind.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname Patient

**Naturheilpraxis Dieter Eid**  
**Schulstr.5**  
**54649 Waxweiler**  
**Tel: 0 65 54/ 90 08 90**  
**eMail: [naturheilpraxis-eid@web.de](mailto:naturheilpraxis-eid@web.de)**  
**Sprechstunden nach Vereinbarung**



