

# Behandlungsvertrag

Zwischen

Körpermanufaktur Heilpraktik - **Heilpraktiker Michael Metz**

Hauptstraße 9  
97456 Dittelbrunn

und

**Name:**

**Vorname:**

Wird folgender Vertrag geschlossen

## §1. Vertragsgegenstand

Auf Wunsch und auf eigenes Risiko des Patienten werden osteopathische und heilpraktische Behandlungen erbracht. Gegenstand ist die Erbringung der Leistung, nicht jedoch der Behandlungserfolg, der nicht garantiert werden kann. Es werden Methoden angewendet, die schulmedizinisch nicht anerkannt, auch nicht allgemein erklärbar sind und unter Umständen nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Ein subjektiv gewünschter Erfolg kann nicht in Aussicht gestellt oder garantiert werden. Eine Behandlungseinheit beträgt in etwa 45 oder 60 Minuten. Eine kürzere oder längere Behandlungszeit ist möglich; die Kosten richten sich nicht nach der Behandlungsdauer. Die Praxis behält sich vor, Patientenwünsche ohne Begründung abzulehnen. Die Einbeziehung, Auslegung dieser Geschäftsbedingungen sowie Abschluss und Auslegung der Rechtsgeschäfte mit der Praxis unterliegen allein dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Nebenabreden bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch, wenn auf die Schriftform verzichtet wird.

## §2. Preise

Die Vertragspartner vereinbaren hiermit die Erbringung einer heilkundlichen Behandlung.

Die dafür anfallenden Kosten sind nach der Behandlung per Rechnung zu entrichten (gestellt durch den Dienstleister PAS Dr. Hammerl).

Sämtliche

Preise sind Endpreise und verstehen sich inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer in Euro, soweit diese anfällt.

Der Behandlungspreis richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) / nach den Bundesbeihilfetarifen, wir behalten uns vor den 1,3 – 1,8fachen Satz zu berechnen. Der Patient wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungen nicht oder nicht vollständig von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens der Kostenträger gewährleistet ist. Der Anspruch des Therapeuten ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte.

### **§3. Terminvereinbarung**

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für den Patienten reserviert wird. Der Patient erkennt mit Vergabe des Termins die nachfolgenden Zahlungs-, und Geschäftsbedingungen an. Ein Vertrag kommt zustande, wenn der Patient einen Termin vereinbart.

Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, wird eine Gebühr in Höhe von 75 € fällig. Absagen sind telefonisch möglich, Terminvorschläge die via E-Mail versendet wurden, müssen auch per E-Mail abgesagt werden und gelten als bestätigt solange keine Absage vorliegt.

### **§4. Kontraindikationen und Risiken**

Bei folgenden Kontraindikationen sollte eine Behandlung nicht stattfinden; der Patient bestätigt, dass folgende bei ihm nicht vorliegen.

- fortgeschrittener Osteoporose
- Knochenbrüche, die noch nicht wieder gefestigt sind
- akuter Bandscheibenvorfall
- massive Abnutzungserscheinungen
- Rückenmarkfehlbildungen
- Blutungen
- akute Infektionskrankheiten
- Schlaganfall
- gutartige und bösartige Tumore sowie Metastasen
- Lähmungen, die von der Lendenwirbelsäule ausgehen (Kaudasyndrom)

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Osteopathie nicht ohne Risiken ist: bei der Mobilisation oder Manipulation der Halswirbelsäule mit Impuls kann es zu einer Schädigung der Wirbelarterie (Arteria vertebralis) kommen, was die Blutzufuhr zum Gehirn beeinträchtigen kann.

Für die Manipulationstechnik mit Impuls ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung sehr wichtig, vor allem bei Menschen, die

- blutgerinnungshemmende Medikamente nehmen
- und/oder bei denen Blutgefäßerkrankung bestehen
- und/oder Bandscheibenschäden und Nervenlähmungen haben
- und/oder bei bestehender Osteoporose (Knochenschwund) und Knochenbrüchen.

Es besteht generell ein höheres Risiko bei vorgeschädigten Strukturen.

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass nach einer Behandlung muskelerartige Beschwerden auftreten können.

Bei der Empfehlung von Nahrungsergänzungsmitteln übernimmt der Therapeut keine Verantwortung für etwaige Produktionsfehler der Hersteller, Wechselwirkungen mit Medikamenten die der Patient verschwiegen oder auf eigene Diagnose hin eingenommen hat oder nehmen wird.

### **§5. Gutscheine und Angebote**

Gutscheine sind nur für die darauf aufgeführten Leistungen gültig und können nicht in Geld umgetauscht werden. Sie sind ab Ausstellungsdatum zwei Jahre gültig. Aktions-Angebote gelten nur innerhalb der angegebenen Fristen und sind nicht mit anderen Aktionen oder Gutscheinen kombinierbar.

### **§6. Schriftform**

Rechtserhebliche Erklärungen und Anzeigen, die nach Vertragsschluss durch

den Patienten abzugeben sind (z.B. Fristsetzungen, Mängelanzeigen, Erklärung von Rücktritt oder Minderung), bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

#### **§7. Behandlungsakte**

Der Behandler führt über jeden Patienten eine Handakte. Eine Herausgabe dieser Akte an den Patienten im Original ist ausgeschlossen. Möglich sind ausschließlich Kopien gegen Kostenerstattung auf Verlangen des Patienten, spätestens 24h nach Anfrage.

#### **§8. Hausbesuche**

Hausbesuche werden nur ausnahmsweise bei vorhandenen Kapazitäten angeboten; ein Anspruch auf einen Hausbesuch besteht nicht. Wird der Patient bei einem Hausbesuchstermin nicht angetroffen, wird der volle Behandlungspreis zzgl. eine Anfahrtspauschale in Höhe von 75€ fällig.

#### **§9. Kündigung**

Der Behandlungsvertrag kann jederzeit von beiden Parteien ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden - zur Unzeit ist eine Kündigung durch den Therapeuten jedoch nur zulässig, soweit hierfür ein wichtiger Grund vorliegt.

1. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn der Patient erforderliche Anamnese- oder Diagnoseauskünfte nicht, unzutreffend oder vorsätzlich lückenhaft erteilt.
2. Die Therapievereinbarungen durch den Patienten nicht eingehalten werden

#### **§10. Mitwirkungspflicht**

Der Patient ist verpflichtet, vor der Behandlung unaufgefordert auf bekannte, relevante Erkrankungen (siehe Anamnesebogen) sowie auf eine bestehende Schwangerschaft und sonstige Umstände hinzuweisen, die die Behandlung und deren Ergebnis beeinflussen können.

Der Patient versichert daher mit seiner Unterschrift, die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Sollten während oder nach der Behandlung Beschwerden/Misempfindungen o.ä. auftreten, wird der Patient diese umgehend dem Therapeuten mitteilen.

#### **§11. Gesundheitsfragen**

Der Patient ist verpflichtet, vor der Behandlung die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; nachträgliche Änderungen sind unaufgefordert unverzüglich mitzuteilen.

#### **§12. Haftung**

Die Praxis haftet auf Schadensersatz gleich aus welchem Rechtsgrund nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Die Praxis ist nicht verantwortlich für den Verlust oder die Zerstörung von persönlichen Gegenständen des Patienten, die mit in die Praxis gebracht wurden.

#### **§13. Datenschutz**

Die Praxis schützt die personenbezogenen Daten des Vertragspartners und nutzt diese nur im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Praxis hat das Recht, im Rahmen der Zweckbestimmung des Auftrags die ihm anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten oder durch Dritte verarbeiten zu lassen.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten. Dafür ist eine schriftliche Einwilligungserklärung notwendig. Das gilt insbesondere für die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt/Behandler. Dem Patienten steht das Recht zu, seine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der wirksame Schutz der zur Verfügung gestellten personenbezogenen und sonstiger sensibler Patientendaten ist ein wichtiges Anliegen. Wir beachten den Grundsatz der Datenvermeidung.

Es wird - soweit möglich - auf die Erhebung von personenbezogenen Daten verzichtet.

Jeder Patient hat das Recht, Speicherung seiner personenbezogenen Daten jederzeit zu widersprechen.

Auf schriftliche Anfrage informiert die Praxis den Patienten über die über ihn erhobenen und gespeicherten Daten. Weiterhin besteht das Recht, unrichtige personenbezogene Daten auf Antrag berichtigen, löschen oder sperren zu lassen. Sämtliche Daten werden durch technische und organisatorische Maßnahmen gegen Verlust, Zerstörung, Zugriff, Veränderung und Verbreitung gesichert.

#### **§14. Gerichtsstand**

Der Vertrag unterliegt dem deutschen Recht. Erfüllungsort und Gerichtsstand für sämtliche sich

aus diesem Vertrag ergebende Verfahren ist Dittelbrunn / Schweinfurt.

#### **§15. Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder infolge Änderungen der Gesetzgebung nach Vertragsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleiben die übrigen Vertragsbestimmungen und die Wirksamkeit des Vertrages im Ganzen hiervon unberührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll die wirksame und durchführbare Bestimmung treten, die dem Sinn und Zweck der nichtigen Bestimmung möglichst nahe kommt. Erweist sich der Vertrag als lückenhaft, gelten die Bestimmungen als vereinbart, die dem Sinn und Zweck des Vertrages entsprechen und im Falle des Bedachtwerdens vereinbart worden wären.

Der Patient bestätigt mit ihrer Unterschrift, mündlich und schriftlich über den Behandlungsverlauf, mögliche Risiken und Komplikationen unterrichtet worden zu sein. Sämtliche Fragen sind ausreichend beantwortet worden, weitere nicht mehr offen.

Der Patient erklärt, die Behandlung in Kenntnis der Risiken zu wünschen.

Ort/Datum:

---

Unterschrift:

---

# Patientenaufnahmebogen Körpermanufaktur Heilpraktik

Lieber Patient,  
bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und sprechen Sie Fragen oder Unklarheiten direkt an. Diese Angaben sind wichtig, um die Krankengeschichte umfassend zu erheben und sind wesentliche Grundlage der Untersuchung und Behandlung

## **Persönliches**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

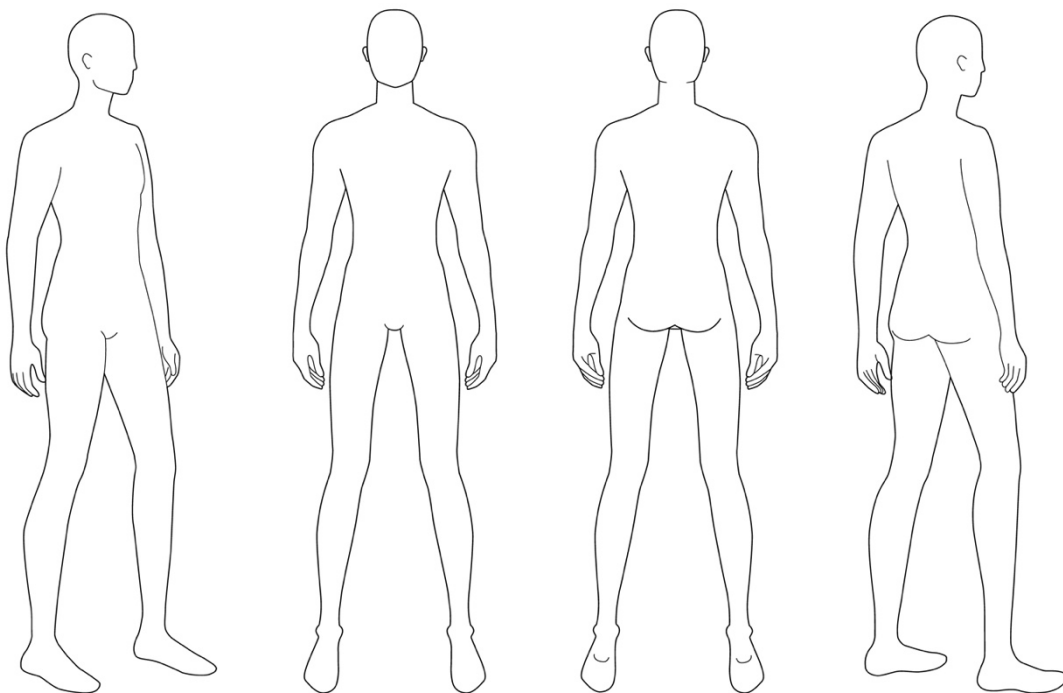
**Empfehlung:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

## Gesundheitliches

Lieber Patient,  
bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig aus.  
Sie dienen dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung und Behandlung zu erleichtern.

**Bitte zeichnen Sie Schmerzpunkte und gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf der folgenden Skizze ein, auf der folgenden Tabelle können Sie die angekreuzten Punkte nummerieren und nach der Intensität ordnen.**



1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

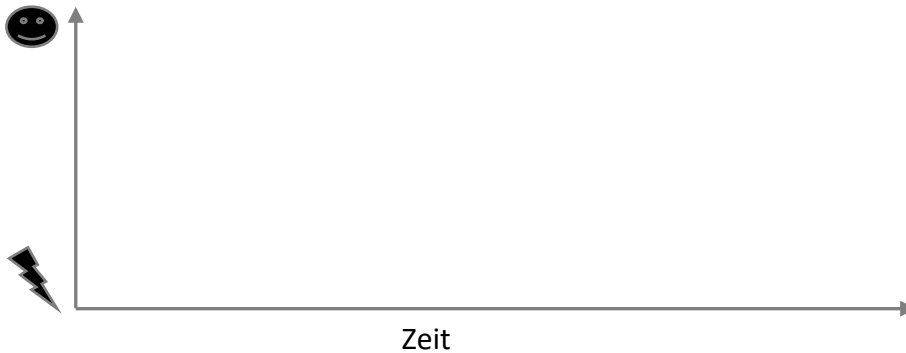
**Wann haben diese Probleme begonnen?**

---

**Wie empfinden Sie Ihren Schmerz? Was löst der Schmerz in Ihnen aus?**

---

**Zeichnen sie den Verlauf der Hauptbeschwerden von Anfang bis zum heutigen Tag in die Grafik ein**



**Durch welche Maßnahmen können Sie die Beschwerden lindern oder beenden?**

---

**Welche Operationen haben Sie in ihrem Leben erlitten?**

---

**Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig zu sich?**

---

**Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie gegenwärtig zu sich?**

---

**Welche bakteriellen Erkrankungen haben Sie in ihrem Leben gehabt?**

---

**Welche virale Erkrankung haben sie in Ihrem Leben gehabt?**

---

Bitte kreuzen Sie an

Welche der folgenden Symptome hatten Sie in den letzten 3 Monaten?

- Belegte Zunge
- Hautirritationen
- Haarausfall
- Häufige / chronische Ermüdung
- Verstopfung und/oder Durchfall auch im Wechsel
- Prostataentzündungen
- Blasenentzündungen
- Werden Sie häufig plötzlich müde?
- Werden sie gereizt oder launisch wenn sie zu spät zu einer Mahlzeit sind oder diese ausfällt, v.a. beim Frühstück?
- Kennen sie Kopfschmerzen, Zittern oder Nervosität, welche durch Süßigkeiten gemildert werden?
- Fällt es ihnen schwer abzunehmen auch wenn sie Sport machen?
- Haben Sie fettigen Stuhl der auf der Wasseroberfläche treibt
- Stark riechenden Stuhl?
- Aufgeblähtes Gefühl, abgehende Winde, Darmgeräusche
- Punktschmerz zwischen den Schulterblättern
- Morgens einen unangenehmen Geschmack im Mund
- Nachtblindheit
- Geschwollene Beine
- Migräne
- Schnell blaue Flecken
- Heißhunger auf Kohlehydrate v.a. Nachts
- Viel Stress
- Hohe Triglyceride und hohes Cholesterol
- Fettleber
- Schlaflosigkeit

**Zeichnen Sie bitte in die Grafik wie glücklich sie sich in den letzten 10 Jahren gefühlt haben.**





**Wie ist Ihre Schlafqualität?**

---

**Besitzen Sie eine Zahnschiene vom Zahnarzt?**

---

**Ist Ihnen Zahnfleischbluten an sich aufgefallen?**

---

**Gab es in den letzten 10 Jahren psychische Ausnahmesituationen in ihrem Leben?**

---

**Haben Sie in den letzten 10 Jahren Antibiotika zu sich genommen?**

---

**Haben Sie Piercings an Ihrem Körper? Welche?**

---

**Haben Sie Tattoos?**

---

**Wäre ich ein Zauberer und könnte Ihnen die oben geschilderten Probleme von jetzt auf  
eben nehmen, was wäre dann Ihre größte Sorge?**

---

---

**Wie lautet Ihr größtes Ziel?**

---

---

**Vorerkrankungen, kreuzen Sie an**

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Schilddrüsenerkrankung
- Angina pectoris/ Herzinfarkt
- Lebererkrankung
- Sonstige Herzerkrankungen
- Nierenerkrankung
- Durchblutungsstörungen
- Erhöhte Blutfettwerte
- Krampfadern
- Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
- Krebserkrankung
- Schlaganfall
- Epilepsie
- Erkrankungen des Verdauungstraktes
- Verdauungsprobleme
- Osteoporose
- Rheuma
- Atemwegserkrankungen
- Allergien
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Medikamentenunverträglichkeiten
- Neurologische Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- HIV

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ort/Datum:

---

Unterschrift:

---

## Information und Aufklärung

Die allgemeinen osteopathischen Behandlungstechniken beinhalten folgende Inhalte:  
direkte oder indirekte Mobilisation,

- Muskel-Energie-Technik (MET),
- Neurophysiologische Entspannungstechnik über Positionierung (Strain/Counterstrain),
- Thrust/Manipulation,
- weiche Entspannungstechnik (Release),
- Entspannungstechnik.
- 

Die Gesetzgebung verpflichtet uns, Sie über sehr seltene, aber mögliche Komplikationen aufzuklären, die auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich ausgeschlossen werden können.

Dabei müssen auch solche Erwähnung finden, die selten auftreten, aber für die Lebensführung erheblich sein können und für den Patienten überraschend sind.

So kann es beispielsweise im Rahmen der Manipulationen an der Halswirbelsäule (sehr selten, unter 0,01%) zu Schädigungen der Halswirbelsäulenschlagader (Arteria vertebralis) oder der Halsschlagader (Arteria carotis) kommen, die zu den Hirn versorgenden Blutgefäßen gehört – insbesondere bei vorgeschädigten Gefäßen. Blutgerinnsel können sich bilden oder lösen, was zu Gehirnschädigungen im Sinne eines Schlaganfalls führen kann.

Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe oder einen bis dahin klinisch stummen Bandscheibenvorfalls ist es möglich, dass akute Beschwerden auftreten.

Nach einer Behandlung kann es zu einer kurzzeitigen, vorübergehenden Beschwerdezunahme kommen.

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem Therapeuten in verständlicher Weise umfassend sowohl mündlich als auch schriftlich über die Behandlung aufgeklärt wurde. Es besteht aktuell kein weiterer

Klärungs- und Aufklärungsbedarf. Sollte dieser später auftreten, werde ich meinen Therapeuten ansprechen.

Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen.

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung inklusive notwendig werdende Folge- und Nebenbehandlungen ein.

Ort/Datum:

---

Unterschrift:

---

## Einwilligung Abrechnungsfirma PAS Dr. Hammerl

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname gesetzlicher Vertreter/in

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Patient,

**aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS DR. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.**

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zu Verfügung.

### **PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG**

Gewerbestraße 21  
86720 Nördlingen  
www.pas-hammerl.de

Telefon 09081 2926-0  
Telefax 09081 2926-59  
info@pas-hammerl.de

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte.

Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen an PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

Ort/Datum:

---

Unterschrift:

---