

# Behandlungsvertrag

## Vertrag zwischen

Osteopathie Sabrina Schaffitzel, Naumburger Str. 28, 04229 Leipzig

und

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt [ ] ja [ ] nein

## I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten. Die Behandlungen des Osteopathen / Heilpraktikers umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren. Es handelt sich um einen Behandlungsvertrag nach § 630 a ff BGB in Verbindung mit §611 BGB, der dann zustande kommt, wenn der Patient diesen Behandlungsvertrag unterschrieben hat oder in einer anderen Weise das Angebot der Praxis formlos angenommen hat. Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag die Anrede „Patient“ genutzt, dabei ist von Patienten jeglichen Geschlechts die Rede.

## II. Honorar

Als Honorar einer Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag von 50€ bis 140€ vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Als Behandlung zählt auch das Anamnesegespräch mit dem/der Patient/-in.

Das Honorar ist zahlbar innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum. Im Falle des Verzugs ist die/der Patient/-in zur Zahlung einer Mahngebühr in Form einer Vertragsstrafe von EUR 5,00 EUR verpflichtet. Sollte eine weitere Erinnerung erforderlich sein, fällt eine zusätzliche Vertragsstrafe von weiteren EUR 10,00 an.

## III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.

Der Patient ist daher verpflichtet,

- Termine pünktlich einzuhalten,
- falls erforderlich, Termine frühzeitig abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

**Bitte beachten Sie, dass bei einer Stornierung bis 48 Stunden vor dem Termin 50 % und bei einer Stornierung innerhalb von 24 Stunden 100 % der Kosten berechnet werden.**

Der Patient hat die Möglichkeit per Anruf unter 0178 51 78 109 (Sie können Ihre Nachricht gern auf der Mailbox hinterlassen) oder per email unter [info@osteopathie-schaffitzel.de](mailto:info@osteopathie-schaffitzel.de) mich über die Absage in Kenntnis zu setzen.

#### **IV. Hinweise**

##### Versprechen auf Heilung

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

##### Behandlungshinweis

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.

##### Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird fällt unter die Schweigepflicht. Die Therapeutin verpflichtet sich, ihre Privatsphäre zu wahren und keinen Inhalt aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. In besonderen Fällen, wie z.B. einer Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes oder gerichtliche Anordnung ist die Therapeutin von der Schweigepflicht entbunden.

##### Datenschutz

Die Praxis speichert personenbezogene Patientendaten, soweit dies für Diagnose, Beratung und Therapie sowie für die Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Es gelten hier die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.

#### **V. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen**

Die Honorarabrechnung erfolgt grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH).

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der/dem Patient/-in und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.

Viele gesetzliche Krankenkassen erstatten mittlerweile anteilig die Kosten für osteopathische Behandlungen. Voraussetzung ist in der Regel eine ärztliche Empfehlung oder ein Privatrezept. Die Höhe der Erstattung und die Anzahl der bezuschussten Behandlungen variieren je nach Kasse. Informieren Sie sich am besten direkt bei Ihrer Krankenkasse über die individuellen Leistungen und Erstattungsbedingungen. Gerne unterstütze ich Sie bei der Einreichung der erforderlichen Unterlagen.

---

Ort, Datum

---

Name und Unterschrift Patient:in

Sie können ihre Einwilligung jederzeit formfrei widerrufen und die Behandlung abrechnen. Des Weiteren können Sie jederzeit eine Vertrauensperson Ihrer Wahl der Behandlung zuziehen.

# Aufklärung zur osteopathischen Behandlung

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

**Bitte vorab lesen, besprochen und unterschrieben wird die Aufklärung erst am Behandlungstag.**

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

## Anwendungen

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

## Gegenanzeigen/Kontraindikationen

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontane Hämatombildung

Es ist wichtig, dass Sie mit Ihrem Arzt oder Osteopathen über Ihre spezifische Situation sprechen, um festzustellen, ob die Osteopathie für Sie geeignet ist oder ob es Kontraindikationen gibt, die beachtet werden müssen.

## Individuelle Risiken des Patienten (z.B. Osteoporose / Rheuma / Herzerkrankungen... )

## Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch/ Patientenfragen

### Risiken der Behandlung

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen
- bei Wirbelsäulenbehandlungen kommt es gelegentlich zu leichten Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen

### Prinzipien der Osteopathie

1. Das Prinzip der Ganzheit: Die Osteopathie betrachtet den Körper als eine Einheit, in der alle Strukturen und Systeme miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen.
2. Das Prinzip der Selbstheilungskräfte: Die Osteopathie vertraut darauf, dass der Körper die Fähigkeit besitzt, sich selbst zu heilen und zu regulieren.
3. Das Prinzip der Struktur-Funktion-Beziehung: Die Osteopathie erkennt die enge Verbindung zwischen der Struktur des Körpers (Knochen, Muskeln, Gewebe) und seiner Funktion (Bewegung, Durchblutung, Nervenimpulse) an.
4. Das Prinzip der Körperbewegung: Die Osteopathie betont die Bedeutung der Bewegung für die Gesundheit. Einschränkungen in der Beweglichkeit können zu Funktionsstörungen und Beschwerden führen.
5. Das Prinzip der individuellen Anpassung: Die osteopathische Behandlung erfolgt individuell und berücksichtigt die einzigartigen Bedürfnisse jedes Patienten, um eine optimale Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.

### Einwilligungserklärung

Frau Sabrina Schaffitzel hat mit mir ein ausführliches Aufklärungsgespräch geführt. Sie hat mich über die geplante Behandlung sowie deren Risiken und möglichen Nebenwirkungen informiert. Sie ist auf meine Fragen eingegangen. Ich wurde über die Möglichkeit der Beiziehung einer Vertrauensperson informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und bin der Ansicht, dass ich ausreichend über die bevorstehende Behandlung und möglichen Risiken aufgeklärt wurde. Ich hatte ausreichend Zeit, über die geplante Behandlung nachzudenken und willige hiermit in die Behandlung ein. Über die anfallenden Kosten wurde ich informiert.

\_\_\_\_\_  
Leipzig, Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Patient:in

\_\_\_\_\_  
Leipzig, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeutin  
Sabrina Schaffitzel

## ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Die Beantwortung ist freiwillig: Sie müssen nicht alle Fragen beantworten.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Größe, Gewicht:

Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft (welcher Monat)?

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?	Traten dabei Lähmungserscheinungen in Beinen/Armen auf?	Seit wann bestehen die Beschwerden?	Beschreiben Sie bitte den Schmerz!	Was löst den Schmerz aus? & Was lindert ihn?

**Gibt es ärztliche Diagnosen?**

**Gab es bereits Voruntersuchungen?**

<i>Bildgebung: CT, MRT, Röntgen</i>	
<i>Labor: Blutwerte, Urin</i>	

**Operationen, Knochenbrüche und Unfälle (zutreffendes Ankreuzen und ggf. ergänzen)**

X	
	<i>Blinddarm entfernt</i>
	<i>Rachenmandeln entfernt</i>
	<i>Gallenblase entfernt</i>
	<i>Knochenbrüche:</i>
	<i>Unfälle, Schleudertrauma:</i>

**Hatten Sie schon mal eine osteopathische Behandlung? Kam es dabei zu Problemen?**

**Leiden Sie unter (bitte zutreffendes ankreuzen)?**

X	
	<i>Kopfschmerzen?</i>
	<i>Migräne?</i>
	<i>Sehstörungen?</i>
	<i>Schluckstörungen?</i>
	<i>Probleme mit Kiefer(gelenk), Zähnen?</i>
	<i>Zahnsperre in der Jugend getragen?</i>
	<i>Schwindel?</i>
	<i>Tinnitus?</i> <i>Tritt dieser zeitgleich mit Pulsschlag auf?</i> <i>Einseitig oder beidseits?</i>
	<i>Beschwerden im Brustkorb, Atemprobleme, Lungenerkrankungen (Tbc, Asthma, Lungenentzündung, chronische Bronchitis)? Wenn ja, bitte spezifizieren:</i>
	<i>Herzerkrankung, angeborene Herzfehler?</i>  <i>Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck (wie hoch?)</i>
	<i>Verdauungsprobleme?</i>  <i>unregelmäßigem Stuhlgang? Wenn ja, wie oft, welche Farbe und Konsistenz?</i>
	<i>Magenerkrankung?</i>
	<i>Darmerkrankung ?</i>  <i>Gab es eine Koloskopie / Darmspiegelung?</i>
	<i>Bauchspeicheldrüsenerkrankungen? Zb. Diabetes mellitus</i>
	<i>Nierenerkrankungen?</i> <i>Rotfärbung des Urins?</i>
	<i>Lebererkrankungen?</i>
	<i>Leiden Sie an einer Bindegewebserkrankung (Marfan Syndrom, Ehlers-Danson Syndrom)?</i>
	<i>Allergien Wenn ja, welche?</i>
	<i>Nerven: Epilepsie, Lähmungen?</i>
	<i>Hautkrankheiten?</i>
	<i>Schilddrüsenerkrankung?</i>
	<i>Stoffwechselerkrankungen: Rheuma, Gicht?</i>
	<i>Krebserkrankung?</i>
	<i>Psychische Erkrankungen?</i>
	<i>Andere Grunderkrankungen oder andere akute Erkrankungen, die vermutlich nichts mit dem Grund Ihres Besuchs zu tun haben. Wenn ja, was?</i>

**Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche?**

<i>Name</i>	<i>Dosierung</i>

**Veränderungen im letzten Jahr bei Hunger, Durst, Verdauung? Falls ja bitte spezifizieren.**

**Gewohnheiten**

*Rauchen Sie (wenn ja, wieviel)?*

*Trinken Sie Alkohol (wenn ja, wieviel)?*

*Leiden Sie unter viel Stress?*

*Machen Sie regelmäßig Sport?*

*Wie ist ihr Schlaf?*

**Familiengeschichte**

	<i>Wer in der Familie?</i>
<i>Bluthochdruck</i>	
<i>Blutzuckererkrankung</i>	
<i>Herzinfarkt</i>	
<i>Schlaganfall</i>	
<i>Fettstoffwechselstörung</i>	
<i>Asthma</i>	
<i>Krebs</i>	
<i>Thrombosen</i>	
<i>Sonstiges</i>	

---

**Leipzig, Datum**

**Unterschrift**

## Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

### 1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Osteopathie Sabrina Schaffitzel  
Naumburger Str. 28, 04229 Leipzig

### 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten bin ich nicht verpflichtet.

### 3. Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Personenbezogenen Daten werden zu den folgenden Zwecken verarbeitet:

- a. Umsetzung des Behandlungsvertrags mit Abrechnung, Rechtsgrundlage: Einwilligung nach Artikel 6 Abs.1 Buchstabe a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO bezüglich der Gesundheitsdaten
- b. Newsletterversand, Rechtsgrundlage: Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO (wenn eine Einwilligung Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist)
- c. Verarbeitung ist die Zustellung von Rechnungen und Gebührenbescheide per E-Mail. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a, b, c DSGVO.

### 4. Art der personenbezogenen Daten

Zu den unter 3. genannten Verarbeitungszwecken werden folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Zu 3a., d.: Gesundheitsdaten wie der Behandlungsverlauf, Kontaktdaten, Rechnungsdaten

Zu 3b.: Name und Email-Adresse

Zu 3c.: Name, Behandlungsart, Rechnungsdaten

### 5. Empfänger der personenbezogenen Daten

Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben.

### 6. Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Daten werden nur solange gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Zwecks erforderlich ist.

Nicht gelöscht werden dürfen Daten, für die eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht nach Art. 17 Abs. 3 DS-GVO, beispielsweise nach § 630 f Abs. 3 BGB die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Eine Aufbewahrung kann auch danach noch erforderlich sein, wenn die Gesundheitsdaten wichtige Informationen enthalten, deren Aufbewahrung im Interesse des Berechtigten liegt.

Eine Aufbewahrung kann sich nach entsprechender Abwägung auch aus Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO ergeben bei möglichen Schadensersatzansprüchen des Betroffenen.

### 7. Betroffenenrechte

Im Hinblick auf die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten haben Sie folgende Rechte:

- Auskunft über ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Art. 15 DSGVO)

- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung Ihrer bei uns gespeicherten Daten (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern wir Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen dürfen (Art. 18 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten bei uns (Art. 21 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder einen Vertrag mit uns abgeschlossen haben (Art. 20 DSGVO)

Sofern Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können sich jederzeit mit einer datenschutzrechtlichen Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden (Art. 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG):

Dr. Juliane Hundert  
Postfach 11 01 32  
01330 Dresden  
oder  
Devrientstraße 5  
01067 Dresden

Es besteht keine vertragliche oder gesetzliche Pflicht, uns Ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die Datenverarbeitung der unter 3a. genannten Daten können wir jedoch den Behandlungsvertrag nicht durchführen.

## EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

**HIERMIT erkläre ich,**

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

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

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

gegenüber der Praxis

### **Osteopathie Sabrina Schaffitzel**

Naumburger Str. 28, 04229 Leipzig

Telefon: 0178 51 78 109

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- Versand eines Newsletters
- Verarbeitung ist die Zustellung von Rechnungen und Gebührenbescheide per E-Mail

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen und als Informationsblatt zum Mitnehmen erhalten.

---

Datum

Name und Unterschrift