Körperzauber – Praxis für Osteopathie und ganzheitliche Körperarbeit
Janina Ruttkamp · Heilpraktikerin, Physiotherapeutin · Mitglied im BvFO
Dabringhausen: Altenberger Str. 66, 42929 Wermelskirchen-Dabringhausen · Tel. 02193 532332
Hückeswagen: Bahnhofstr. 30 (in der Praxis für Physiotherapie Yvonne Schnepper), 42499 Hückeswagen · Tel. 02192 7919341
praxis@körperzauber-kleine-hexe.de · www.körperzauber-kleine-hexe.de

Behandlungsvertrag

zwischen der Praxis Körperzauber und der Patientin / dem Patienten · Stand: September 2026

Persönliche Daten

Nachname | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefonnummer | Mobilnummer | E-Mail-Adresse

Krankenversicherung | Zusatzversicherung

Kommunikation

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich über die folgenden Wege kontaktiert:

☐ E-Mail ☐ SMS ☐ WhatsApp ☐ Telefon

Die ausgewählten Kommunikationswege werden vor allem für **organisatorische Anliegen** genutzt, z. B. für Terminbestätigungen, Terminänderungen und Terminerinnerungen. Ausführliche medizinische Informationen oder sensible Gesundheitsdaten werden darüber nicht ausgetauscht. Bei SMS und WhatsApp werden Nachrichten über die Server externer Anbieter übermittelt.

Die Einwilligung in die einzelnen Kommunikationswege ist **freiwillig** und keine Voraussetzung für die Behandlung. Sie kann jederzeit ganz oder für einzelne Wege mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** werden, z. B. per E-Mail oder mündlich in der Praxis.

1. Gegenstand und Durchführung der Behandlung

Gegenstand des Behandlungsvertrages sind die in der Praxis durchgeführten Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen. Je nach vereinbarter Leistung, Beschwerden, Befund und Behandlungsziel können insbesondere osteopathische Verfahren, Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage sowie weitere manuelle und körpertherapeutische Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen. Art und Umfang richten sich nach der individuellen Anamnese, dem Befund, dem Behandlungsziel und dem Behandlungsverlauf.

2. Aufklärung und Einwilligung

Die Patientin/der Patient wird über die vorgesehenen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen sowie – soweit erforderlich – über deren wesentliche Wirkungen, mögliche Risiken und Behandlungsalternativen aufgeklärt.

Eine gesonderte schriftliche Einwilligung ist nicht für jede einzelne Technik erforderlich. Soweit keine besondere Form vorgeschrieben ist und eine ausreichende Aufklärung erfolgt ist, kann die Einwilligung auch mündlich oder durch schlüssiges Verhalten erfolgen – insbesondere indem die vorgeschlagene Maßnahme nach Erläuterung angenommen und ihre Durchführung ermöglicht wird.

Sie können jederzeit Fragen stellen, einzelne Maßnahmen ablehnen oder eine erteilte Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bei Maßnahmen mit besonderen oder weitergehenden Risiken erfolgt vorab eine individuelle Aufklärung.

3. Behandlungsreaktionen, Risiken und Behandlungserfolg

Die Behandlung erfolgt mit der gebotenen fachlichen Sorgfalt. **Ein bestimmter Behandlungserfolg oder eine bestimmte Wirkung kann jedoch nicht garantiert werden.**

Auch bei fachgerechter Behandlung können vorübergehende Reaktionen auftreten, z. B. eine vorübergehende Verstärkung bestehender Beschwerden, Muskelkater, Druckempfindlichkeit oder Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Kreislaufreaktionen, Kopfschmerzen oder Hämatome. Je nach Methode können weitere Risiken oder Nebenwirkungen bestehen.

Treten während der Behandlung Schmerzen, Unwohlsein oder andere unerwartete Beschwerden auf, ist die Behandlerin unverzüglich darauf hinzuweisen, damit die Behandlung angepasst oder beendet werden kann. Bei ungewöhnlichen, starken oder länger anhaltenden Beschwerden nach einer Behandlung nehmen Sie bitte Kontakt mit der Praxis auf und veranlassen bei Bedarf eine ärztliche Abklärung.

4. Mitwirkung der Patientin / des Patienten

Für eine sichere und individuell geeignete Behandlung ist die Praxis auf vollständige und zutreffende Angaben angewiesen. Bitte informieren Sie die Behandlerin insbesondere über relevante Erkrankungen und Beschwerden, Operationen, Verletzungen, Schwangerschaft, Medikamente, Allergien, Implantate sowie weitere bedeutsame gesundheitliche Umstände und Veränderungen. Ergeben sich Hinweise auf Beschwerden, die einer ärztlichen Abklärung oder weiterführenden Diagnostik bedürfen, kann die Praxis eine entsprechende Abklärung empfehlen.

5. Behandlungstermin, Honorar und Abrechnung

Für einen Behandlungstermin wird in der Regel ein Zeitraum von ca. 60 Minuten eingeplant. Der Termin umfasst die gesamte damit verbundene therapeutische und organisatorische Leistung – je nach Bedarf Anamnese, Befunderhebung und Untersuchung, Beratung, therapeutische Behandlung, Vor- und Nachbereitung, Dokumentation, organisatorische Absprachen und Abrechnung. Die Dauer der unmittelbaren therapeutischen Behandlung kann daher variieren.

Honorar: 100,00 € pro Behandlungstermin (ca. 60 Minuten). Sofern für andere Leistungen oder Behandlungszeiten abweichende Preise gelten, werden diese vor der Behandlung vereinbart.

Die Praxis ist eine **Selbstzahlerpraxis**. Über die erbrachten Leistungen wird eine Rechnung erstellt. **Heilpraktikerleistungen**, insbesondere osteopathische Behandlungen, werden unter Verwendung der entsprechenden Ziffern des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) abgerechnet. Bei Vorlage einer **ärztlichen Privatverordnung für physiotherapeutische Leistungen** erfolgt die Rechnungsstellung als physiotherapeutische Privatleistung. Die Rechnung kann bei Krankenversicherung, Zusatzversicherung oder Beihilfestelle zur Prüfung einer möglichen Kostenerstattung eingereicht werden. **Das Honorar ist unmittelbar nach dem Behandlungstermin zur Zahlung fällig** – unabhängig davon, ob und in welcher Höhe ein Kostenträger die Kosten erstattet.

6. Kostenerstattung

Die Patientin/der Patient ist selbst dafür verantwortlich, sich vor Behandlungsbeginn über Voraussetzungen und Umfang einer möglichen Kostenerstattung zu informieren. Je nach Versicherung oder Tarif können z. B. eine ärztliche Verordnung oder Empfehlung, eine Begrenzung der erstattungsfähigen Behandlungen oder abweichende Erstattungshöhen vorgesehen sein. Eine vollständige oder teilweise Kostenerstattung kann von der Praxis nicht zugesichert werden und hat keinen Einfluss auf das vereinbarte Honorar.

7. Termine, Absagen und Ausfallhonorar

Vereinbarte Termine werden ausschließlich für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten reserviert. **Eine kostenfreie Absage oder Verschiebung ist bis spätestens 24 Stunden vor dem Termin möglich.** Absagen sind telefonisch, über den Anrufbeantworter oder per E-Mail möglich – auch außerhalb der Praxis- bzw. Telefonzeiten.

Bei einer Absage weniger als 24 Stunden vor dem Termin oder bei Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar bis zur Höhe des vereinbarten Honorars berechnet werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte. Der Nachweis, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist, bleibt möglich.

Bitte sagen Sie einen Termin auch dann ab, wenn die 24-Stunden-Frist bereits unterschritten ist. Je früher wir von einer Verhinderung erfahren, desto eher können wir den Termin an eine andere Patientin oder einen anderen Patienten vergeben.

8. Verspätungen

Bei verspätetem Erscheinen kann sich die Behandlungszeit entsprechend verkürzen, wenn nachfolgende Termine eine Verlängerung nicht ermöglichen. Das vereinbarte Honorar bleibt grundsätzlich unberührt.

9. Schweigepflicht und Datenschutz

Alle im Rahmen der Behandlung bekannt gewordenen persönlichen und gesundheitlichen Informationen werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur aufgrund einer gesetzlichen Grundlage oder einer entsprechenden Einwilligung bzw. Schweigepflichtsentbindung.

Die erforderlichen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten werden insbesondere zur Patienten- und Terminverwaltung, Anamnese, Befunderhebung, Behandlung und Dokumentation sowie zur Rechnungsstellung und Abrechnung verarbeitet. Die Patientenakte wird überwiegend elektronisch in einer Praxis- und Dokumentationssoftware geführt. Weitere Informationen enthält die gesonderte **Datenschutzinformation und Einwilligung** zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten.

Vertragsschluss

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den vorstehenden Behandlungsvertrag gelesen habe und mit den vereinbarten Bedingungen einverstanden bin.

Name Patientin/Patient

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Bei Minderjährigen: Name Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r