



Die Terminpraxis Mette Karoline Last ist eine QM pro Gesundheit zertifizierte Praxis für Osteopathie.
 Die nachfolgenden Regeln ermöglichen Ihnen und mir einen reibungslosen Ablauf.

<u>Allg. Geschäftsbedingungen (AGB):</u>	<u>Allg. Behandlungsempfehlungen (ABB):</u>
<p>1. Terminabsagen oder -verschiebungen sind bis maximal 48 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin per Mail, Telefon oder t@imtable möglich.</p> <p>2. Bei Nichteinhaltung des Termins berechne ich einen Ausfall gemäß § 615 BGB (AG Burgwedel 7 C 360/16 v. 04.10.2017) u. GVO.</p> <p>3. Verspätungen von mehr als 30 Minuten werden wie nicht wahrgenommene Termine behandelt.</p> <p>4. Die Abrechnung erfolgt immer nach Leistung (Anamnese, Tests, behandelte Strukturen sowie Berichterstellung) und nie nach aufgewendeter Zeit, die oft zwischen 30 und 60 Minuten liegt.</p> <p>5. Abgerechnet wird die erbrachte Leistung nach GVO (Gebührenverzeichnis für Osteopathie) für Selbstzahler und nach Gebüh (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) für Patienten, die privat krankenversichert sind. Sie können alle Verzeichnisse auf meiner o.a. Internetseite einsehen.</p> <p>6. Ob und in welcher Höhe diese Rechnung von Ihrer Versicherung bezahlt wird, hängt von Ihrem gewählten Tarif bei Ihrer Versicherung ab. Bitte informieren Sie sich ggf. selbst darüber, inwieweit eine Erstattung erfolgt.</p> <p>7. Es ist immer der volle Rechnungsbetrag sofort in bar oder per EC-Karte fällig und wird in Ihren Account bei t@imtable als Pdf hochgeladen (papierlos).</p> <p>8. Unsere Behandlungen werden auf der Rechtsgrundlage des HeilprG u. des MPhG durchgeführt.</p> <p>9. Bei Minderjährigen Patienten muss ein Erziehungsberechtigter anwesend sein und diese AGB unterschreiben.</p> <p>Datenschutzerklärung:</p> <p>Gemäß Artikel 13 EU-DSGVO informiere ich Sie, dass ich personenbezogene Daten zur Terminierung, Dokumentation gemäß BGB §§ 630ff („Patientenrechtgesetz“) und Rechnungsstellung gemäß GOBD erhebe, speichere und wieder lösche. Ihre Daten werden elektronisch verarbeitet und nicht an Dritte weiter geleitet, wenn Sie dem nicht ausdrücklich zustimmen. Gemäß § 4a EU-DSGVO müssen Sie zu dieser Nutzung vorher einwilligen.</p> <p>Ort, Datum: <u>Itzehoe, _____</u></p> <p>Unterschrift: _____</p>	<p>1. Der Erfolg einer ganzheitlichen Behandlung ist immer auch von Ihrem eigenverantwortlichen Mitwirken für ihre eigene Gesundheit abhängig.</p> <p>2. Vor der Behandlung: A. Erscheinen Sie bitte pünktlich und in Ruhe. B. Das Mobiltelefon ist ausgeschaltet.</p> <p>3. Nach der Behandlung: 3 Tage keine schweren physischen und/oder psychischen Belastungen.</p> <p>4. Zwischen den Behandlungen (gilt für die meisten): A. Schlafen Sie ausreichend und erholsam. B. Trinken Sie viel stilles Wasser (Zimmertemperatur). C. Keine Mahlzeiten nach 19 Uhr (nur noch stilles Wasser und Tee). D. Kohlenhydratarme Mahlzeit am Abend. E. Möglicher Verzicht auf Zucker, Kuhmilchprodukte, Gluten, Alkohol, Tabak und Drogen. F. Tägliche Gymnastik. G. Mindestens 2 mal pro Woche Ausdauersporteinheiten von min. 20 Minuten. H. Nutzen Sie eventuelle Hilfsmittel konsequent.</p> <p>5. Die Terminvergabe richtet sich nach Ihren physischen und psychischen Behandlungsreaktionen.</p> <p>6. Mein Ziel ist es, Sie mit möglichst wenigen Behandlungen wieder in ein gesundheitliches Gleichgewicht zu bringen und dort zu halten.</p> <p>7. Da ich nach hohen Qualitätskriterien arbeite und juristisch korrekt abrechne, ist der Preis einer Behandlung diesen Umständen angepasst. Somit kann es immer auch zu einem höheren nicht erstattungsfähigen Eigenanteil in der Rechnungsstellung kommen.</p> <p>8. Falls Sie an folgendem Interesse haben, dann bitte ankreuzen:</p> <p>A. Schlafberatung <input type="radio"/> B. Ernährungsberatung <input type="radio"/> C. Ergonomieberatung (Sport, Arbeitsplatz) <input type="radio"/></p> <p>9. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen)</p> <p>A. Empfehlung <input type="radio"/> B. Arzt/Heilpraktiker/sonstige Praxis <input type="radio"/> C. Internet: Instagram/Facebook/Google <input type="radio"/> D. Visitenkarte/Flyer <input type="radio"/></p>

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung (evtl. interne Eingriffe), zu erwartende Folgen und Risiken der Osteopathie sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen **aufgeklärt** wurde (Analog § 630 a –h BGB).

Name: _____

Anschrift: _____

Ort/Datum/Unterschrift: _____