



Die nachfolgenden Regeln in unserer Terminpraxis ermöglichen Ihnen und uns einen reibungslosen Ablauf.

<u>Allg. Geschäftsbedingungen (AGB):</u>	<u>Allg. Behandlungsempfehlungen (ABB):</u>
Terminabsagen oder -verschiebungen sind bis maximal 48 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin per Mail, Telefon oder Doctolib möglich. - Bei Nichteinhaltung des Termins berechnen wir einen Ausfall gemäß § 615 BGB (AG Burgwedel 7 C 360/16 v. 04.10.2017) u. GVO. Dies geschieht ebenfalls, wenn ein Termin kurzfristiger als 48 Werktagstunden storniert wird und wir diesen nicht wieder neu besetzen können. Verspätungen von mehr als 30 Minuten werden wie nicht wahrgenommene Termine behandelt. - 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. - Abgerechnet wird die erbrachte Leistung nach GVO (Gebührenverzeichnis für Osteopathie) für gesetzlich versicherte bzw. Selbstzahler und nach GebÜH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) für Patienten, die privat krankenversichert sind. Sie können alle Verzeichnisse auf der o.a. Internetseite einsehen. - 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 im Voraus darüber, inwieweit eine Erstattung erfolgt. - Es ist immer der volle Rechnungsbetrag sofort in bar oder per EC-Karte fällig. Die Rechnung erhalten Sie ausgedruckt oder papierlos per Email als Downloadlink. - Unsere Behandlungen werden auf der Rechtsgrundlage des HeilprG u. des MPhG durchgeführt. - Bei Minderjährigen Patienten muss ein Erziehungsberechtigter anwesend sein und diese AGB unterschreiben. Datenschutzerklärung: Gemäß Artikel 13 EU-DSGVO informieren wir Sie, dass wir personenbezogene Daten zur Terminierung, Dokumentation gemäß BGB §§ 630ff („Patientenrechtegesetz“) und Rechnungsstellung gemäß GOBD erheben, speichern und wieder löschen. 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. Ort, Datum: <u>Itzehoe,</u> Unterschrift: _____	- Der Erfolg einer ganzheitlichen Behandlung ist immer auch von Ihrem eigenverantwortlichen Mitwirken für ihre eigene Gesundheit abhängig. - Vor der Behandlung: - Erscheinen Sie bitte pünktlich und in Ruhe. - Das Mobiltelefon ist bitte ausgeschaltet. - Nach der Behandlung: 3 Tage keine schweren physischen und/oder psychischen Belastungen. - Zwischen den Behandlungen (gilt für die meisten): Schlafen Sie ausreichend und erholsam. Trinken Sie viel stilles Wasser (Zimmertemperatur). Keine Mahlzeiten nach 19 Uhr (nur noch stilles Wasser und/oder Tee). Kohlenhydratarme Mahlzeit am Abend. - Möglicher Verzicht auf Zucker, Kuhmilchprodukte, viel tierisches Eiweiß, Gluten, Alkohol, Tabak und Drogen. - Tägliche Gymnastik. - Mindestens 2 mal pro Woche Ausdauersporteinheiten von min. 20 Minuten. - Nutzen Sie eventuelle Hilfsmittel konsequent. - Die zeitliche Terminvergabe richtet sich individuell nach Ihren physischen und psychischen Behandlungsreaktionen. - Unser Ziel ist es, Sie mit möglichst wenigen Behandlungen wieder in ein gesundheitliches Gleichgewicht zu bringen und dort zu halten. - Da wir nach hohen Qualitätskriterien arbeiten und juristisch korrekt abrechnen, ist der Preis einer Behandlung diesen Umständen angepasst. Somit kann es immer auch zu einem höheren nicht erstattungsfähigen Eigenanteil in der Rechnungsstellung kommen. - Falls Sie an folgendem Interesse haben, bitte ankreuzen: - Schlafberatung ☐ - Ernährungsberatung ☐ - Ergonomieberatung (Sport, Arbeitsplatz) ☐ - Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen) - Empfehlung ☐ - Arzt/Heilpraktiker/sonstige Praxis ☐ - Internet: Instagram/Facebook/Google ☐ - Visitenkarte/Flyer ☐

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: _____