**Behandlungsvereinbarung und**  **Einverständniserklärung**

zwischen der Praxis für Klassische Homöopathie & Ernährungstherapie, Kerstin Lerchl, Heilpraktikerin und

**Patient:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Name Vorname Geburtsdatum**

**Versicherungsnehmer:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Name Vorname Geburtsdatum**

**Adresse: :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Straße, Nr. PLZ Ort**

**Telefon / Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Privat Handy E Mail:**

**Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **empfohlen von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rechtliche Fragen:**Mir ist bekannt, dass ich meinen Termin **24 Stunden vorher** absagen muss, wenn ich verhindert sein sollte. Bei unentschuldigtem fernbleiben oder bei nicht rechtzeitigen abgesagten Terminen, bin ich verpflichtet eine Ausfallgebühr des Behandlungspreises zu zahlen.

**Rechtlicher Hinweis:** Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik, oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen, Zusatzversicherungen etc. oder bei einer privaten Krankenversicherung, ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu begleichen. Der Behandlungsvertrag kommt ausschließlich zwischen dem Patienten und meiner Praxis, Heilpraktikerin Kerstin Lerchl, zustande. Kostenschuldner ist dabei allein der Patient. der Patient ist allein dafür verantwortlich, sich bei der eigenen Versicherung um eine Kostenübernahme zu kümmern. Sollte die Kostenübernahme – aus welchen Gründen auch immer – seitens der Versicherung nicht erfolgen, so berührt dies nicht die Zahlungspflicht des Patienten. Ich bitte daher um Verständnis, dass aus berufsrechtlichen Gründen daher auch keine rechtliche Beratung zur Erstattungsfähigkeit der Behandlungen erfolgen kann. Dies ist Aufgabe des Patienten, sich hierüber vorab bei der eigenen Versicherung zu informieren.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich durch Heilpraktikerin Kerstin Lerchl in Körperöffnungen (Mund) behandelt werden darf. Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend über die naturheilkundlichen, die Therapieverfahren, deren Risiken (Erstverschlimmerung etc.) auch bei psychotherapeutischen Behandlungen mit Risiken und möglichen Folgen sowie deren Abrechnung aufgeklärt worden bin und keine weiteren Fragen oder Einwände habe. Die Untersuchungs- und Behandlungskosten sind mir bekannt. Ich habe die Patienteninformation von Heilpraktikerin Kerstin Lerchl erhalten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatrechnung erhalte und diese selbst bezahlen muss. Mir ist bekannt, dass meine private Krankenversicherung/Beihilfestelle oder private Zusatzversicherung die Erstattung der Rechnung ganz oder teilweise ablehnen kann. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlungskosten auch im Falle einer Nichterstattung durch die Versicherung in vollem Umfang durch mich zu bezahlen sind. Dies gilt auch für die Kosten analoger Bewertungen. Eine Forderungsabtretung an dritte ist nur in beiderseitigem Einverständnis gestattet. Von dieser Behandlungsvereinbarung habe ich als Zahlungspflichtige(r) ein Exemplar erhalten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum Unterschrift des/der Patienten/-in, ggf. des Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters bzw. zahlungspflichtigen Rechnungsempfängers**

Kerstin Lerchl ·∙ Heilpraktikerin ·∙ Föhringer Allee 27 ·∙ 85774 Unterföhring www.praxis-lerchl.de ·∙ 089 . 120 21 351 ·∙ info@praxis-lerchl.de

**Patienteninformation** 

Herzlich willkommen in meiner Paxis!

Sehr geehrte(r) Patient(in),

damit Sie einen Überblick über die bei mir üblichen Kostensätze erhalten, liste ich einige Positionen und die hierfür anfallenden Honorare auf. Leistungen, die in diesem Verzeichnis nicht aufgeführt sind, werden nach der Ihnen an die nächste kommende Position dieses Verzeichnisses abgerechnet.

Die Rechnungsstellung für meine Heilpraktikertätigkeit – ***55 min.: € 100,00*** – erfolgt nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bzw. analog nach der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ).. Eine Gesamtauflistung für die Kranken-versicherung erfolgt nach dem jeweiligen Behandlungsblock. Eine Überweisung zu der auf der Rechnung genannten Frist zu erfolgen

**Homöopathische Erstanamnese bei Erwachsenen und Therapieplanerstellung** **€ 123 – 164**

**Homöopathische Erstanamnese bei Kindern und Therapieplanerstellung** **€ 123**

**Ernährungsberatung einfach – bis zu 45 Minuten € 80**

**Zusätzliches Erstellen eines individuellen Vitalprofils inkl. Auswertung und Empfehlungen € 60**

**Ernährungsberatung umfangreich – inkl. Erstellen eines indiv. Ernährungsplanes € 120 – 160**

**Ernährungstherapie umfangreich - inkl. Ernährungstherapeutischer Begleitung € 200**

**Blutentnahme venös – Abstriche aus Mund oder Rachen € 5**

**Psychologische Beratung /Begleitung / Coaching**\* **nach Aufwand**

 \*unter psychologischer Beratung/Begleitung werden analog folgende Honorargebühren abgerechnet: Gesprächstherapie, u. ä.

Erfolgen in einer Therapiesitzung mehrere Behandlungsarten, erfolgt eine entsprechende Honorarzusammenstellung.

Fallen zusätzliche, oben nicht aufgeführte Positionen - wie eingehende telefonische Beratung o. ä. - an, werden diese in die Rechnungsstellung gem. GebüH mit aufgenommen.

Bei höherem Zeitaufwand erhöht sich die Honorarforderung gem. Gebührensatz 55 ***min.: € 100,00*.**

Auf Wunsch behandle ich Patienten selbstverständlich auch im vertrauten eigenen Heim. Die Gebühren für Hausbesuche stellen sich in Anlehnung zu vorgenannten Honorarverhältnis wie folgt zusammen:

**Hausbesuche einschließlich Beratung**

Hausbesuch einschließlich Beratung bei Tag gem. ziff.9.1 GebüH, € 29,50. (anstelle von Beratung i. H. v. € 22,00 gem. Ziff. 4 GebüH)

Hausbesuch einschließlich Beratung bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen gem. Ziff. 9.3 GebüH, € 36,50. (anstelle von Beratung i. H. v. € 22,00 gem. Ziff. 4 GebüH)

Zusätzlich Gebühr der jeweilig erbrachten Leistung.

Kerstin Lerchl ·∙ Heilpraktikerin ·∙ Föhringer Allee 27 ·∙ 85774 Unterföhring www.praxis-lerchl.de ·∙ 089 . 120 21 351 ·∙ info@praxis-lerchl.de

**Nebengebühren für Hausbesuche**   

zzgl. für jede angefangene Std. bei Tag € 5,50 gem. Ziff. 10.1 GebüH.

zzgl. für jede angefangene Std. bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen gem. Ziff. 10.2 GebüH, € 10,50.

**Fahrtkosten**

zzgl. km-Geld bei Tag € 1,25 / km gem. Ziff. 10.5 GebüH.

zzgl. km-Geld bei Nacht und Sonn- und Feiertagen € 2,50 / km gem. Ziff. 10.6 GebüH.  oder (bei Wegstrecken) km-pauschale: Entfernung > 20 km einfach: km-pauschale i. h. v. € 25,00. Entfernung > 50 km einfach: km-pauschale i. h. v. € 35,00.

**Laborkosten**

Kosten für die Untersuchung des Labormaterials werden direkt vom jeweiligen Labor an den Patienten berechnet.

   

*Stand Januar 2016*

Kerstin Lerchl ·∙ Heilpraktikerin ·∙ Föhringer Allee 27 ·∙ 85774 Unterföhring www.praxis-lerchl.de ·∙ 089 . 120 21 351 ·∙ info@praxis-lerchl.de