**Praxis für Schmerztherapie**

 **Heike Schwab**

 Heilpraktikerin

Schmerz- und Bewegungstherapeutin

Telefon: 0176 43 97 68 45

info@praxisschwab.com

Behandlungsvertrag

**Der Patient/die Patientin**

Name

Anschrift

Telefonnummer/Handynummer

**und die Heilpraktikerin**

Heike Schwab- Praxis für Schmerztherapie

Sachsentor 22 – 21029 Hamburg – Telefon:017643976845

schließen folgenden Behandlungsvertrag:

**1.Vertragsgegenstand**

Durch den Behandlungsvertrag werde ich, Heike Schwab, zur Leistung der versprochenen Behandlung und Sie zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

**2.Vergütung**

Das Honorar beträgt für **die 1. Behandlung 130 € und für jede weitere Behandlung 100 Euro.** Dieses ist direkt nach jeder Behandlung zu zahlen oder nach Absprache mit mir als Überweisung innerhalb der darauffolgenden zwei Wochen zu begleichen. Zahlungen sind in bar oder EC-Karte möglich.

Falls Sie einen fest vereinbarten Termin versäumen, ohne spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt zu haben, steht mir frei, ein Ausfallhonorar von 50 € einzufordern.

Ich weise hiermit ausdrücklich darauf hin, dass die Behandlungen nicht von gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

**3.Rechnungsstellung**

Auf Wunsch erstelle ich Rechnungen zur Einreichung bei der Beihilfe und privaten Kranken-und Zusatzversicherungen. Hierfür verwende ich das GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker). Ich nutze die Ziffern für Osteopathie, Chiropraktik und Bindegewebsmassage, da diese Ziffern am ehesten den angewandten Techniken entsprechen. **Ob und wie viel erstattet wird, hängt von den jeweiligen Versicherungsbedingungen ab und hat keine Auswirkungen auf den vollen Honoraranspruch.**

Diese Rechnungen können auch beim Finanzamt eingereicht werden(Krankheitskosten- Außergewöhnliche Belastung). Sie können bei Bedarf auch eine Fahrtkostentabelle zusammenstellen und die einzelnen Termine von mir unterschreiben lassen. Krankheitskosten wirken sich nur bei einem Überschreiten der zumutbaren Belastung steuermindernd aus. Diese beträgt zwischen ein und sieben Prozent Ihrer Einkünfte.

**4. Aufklärung und Haftung**

Ich kläre Sie hiermit darüber auf, dass…

…meine Fähigkeiten im Lösen von Verspannungen im Muskel- und Fasziengefüge liegen. Dieses erfolgt durch die sogenannte Osteopressur nach Liebscher& Bracht .Die Faszienrollmassage und eine gezielte Bewegungsanleitung dient zur weiteren Verbesserung und Erhalt der Schmerzfreiheit. Für eine erfolgreiche Behandlung ist Ihre Mitwirkung zwingend erforderlich.

….in den einzelnen Therapiesitzungen das Ziel verfolgt wird, den schmerzfreien Bewegungsradius des Patienten so zu vergrößern, dass er im Endergebnis schmerzfrei jede Position einnehmen kann. Die Dauer zur Erreichung des Zieles ist von Patient zu Patient unterschiedlich.

…..es nach der Behandlung, zu einer sogenannten Erstverschlimmerung kommen kann, welche auch bei anderen ganzheitlichen Behandlungen auftreten.

…..einige Patienten das Gefühl eines blauen Fleckes verspüren oder welche haben. Auch ein Kribbeln oder taubes Gefühl kann während oder nach der Behandlung verspürt werden.

… die Behandlungen und Anleitungen meist eine Verbesserung der Beschwerden mit sich bringen. Das Risiko jedoch besteht, dass sich trotz aller Bemühungen keine positive Veränderung erzielt wird.

….Sie und ich die Behandlungen jederzeit abrechen oder absagen können (unter oben genannten Voraussetzungen)

**5.Einwilligung**

Sie willigen hiermit ein, dass ich Ihre Faszien und Muskeln mit meinen Händen behandeln darf. Diese Einwilligung können Sie jederzeit und auch während der Therapie widerrufen.

**6. Dokumentationspflicht**

Zum Zwecke der Dokumentation bin ich verpflichtet eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Ihre Patientenakte muss ich laut Gesetz 10 Jahre aufbewahren, kann sie aber auf Ihren ausdrücklichen Wunsch und mit Ihrer schriftlichen Erklärung zur gleichzeitigen Aufgabe aller Haftungsansprüche, vorzeitig vernichten.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und dass Sie die Vertragsinhalte verstanden und akzeptiert haben.

Hamburg, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Heilpraktikerin Patient/in