

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91) „Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96) „Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

**Nachfolgend möchte ich kurz auf Ihre Versicherung / Zahlungsoptionen eingehen:**

Das Rechnungsdatum entspricht dem Leistungsdatum. Die Bezahlung eines Termins erfolgt in bar, oder mit EC-/Kreditkartenzahlung direkt nach der Behandlung. Folgetermine werden in der Regel bar oder mit EC-/Kreditkartenzahlung beglichen oder nach Absprache mit mir in Rechnung gestellt. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen meiner Fachrichtung vollständig bzw. anteilig übernimmt.

Wenn Sie privat- oder zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung gem. GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht, bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

**Einverständniserklärung:**

1. Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.
2. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,00 € erhoben werden kann, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner (Gemäß §§ 611–630 BGB) der Praxis für Osteopathie & Chiropraktik / Heilpraktiker Gunnar Wegner.
3. Die i.d. Praxis ausliegende, ab dem 25.05.2018 geltende, Datenschutzhinweise habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.

**Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail von der oben genannten Praxis erhalte und mir diese elektronisch übermittelt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, bei Wunsch, meine Rechnung via Mail als PDF-Datei zu erhalten und wurde über mein Recht aufgeklärt, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_