

Behandlungsvertrag

**für die Radiofrequenztherapie mit INDIBA für Patienten ohne ärztliche Verordnung
(sektorale Heilpraktiker-Erlaubnis) und Privatversicherte.**

.....
Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Geburtsdatum (Patient)

.....
Straße Wohnort, PLZ

1. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.

2. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie die Praxis impulse von dessen Schweigepflicht gegenüber dem überweisenden Arzt/Ärzten zwecks Therapieberichten, Befunden, Behandlungsverläufen und Therapieinhalten. Die Erklärung kann von Ihnen zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt schriftlich widerrufen werden, falls dies gewünscht wird.

3. Die Kosten für die durchzuführenden physiotherapeutischen Heilbehandlungsmaßnahmen werden Ihnen möglicherweise von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet. Bitte sprechen Sie daher ggf. vor Behandlungsbeginn mit Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über eine mögliche Kostenerstattung. Wir bitten um Kenntnisnahme, dass unsere Vergütungssätze und die Erstattungssätze Ihrer Krankenversicherung nicht zwingend übereinstimmen müssen. Unsere Vergütungssätze gelten als vereinbart, auch wenn keine oder nur eine Teilerstattung durch die Versicherung erfolgt.

4. Im Rahmen des Ersttermins wird umfassend und verständlich über die physiotherapeutische Diagnose sowie über die Notwendigkeit, Eignung, Art und Durchführung, Erfolgsaussichten, zu erwartende Folgen, Risiken und Umfang der geplanten Therapie aufgeklärt. Ebenfalls wird über die zu ergreifenden Maßnahmen während und nach der Therapie informiert. Sollten im Laufe der folgenden Behandlungseinheiten Änderungen eintreten bzw. konkrete Risiken entstehen, erfolgt eine ergänzende mündliche Aufklärung.

Durch eine Behandlung mit Radiofrequenztherapie mit INDIBA kann es vereinzelt zu Folgeerscheinungen und Behandlungsreaktionen kommen (z.B. Schmerzen, Symptomverstärkung, Hämatome, vegetative Reaktionen, Kopfschmerzen, Müdigkeit etc.). Diese sind in den meisten Fällen physiologisch und regulieren sich im Normalfall nach einigen Tagen wieder von selbst. Hierüber werden Sie vor den jeweiligen Behandlungen vom Therapeuten informiert und aufgeklärt. Eine Haftung für solche Reaktionen durch die Praxis impulse erfolgt nicht.

Bitte beachten Sie die nächste Seite!

5. Für die Radiofrequenztherapie mit INDIBA gelten folgende Kontraindikationen:

- Implantation eines Herzschrittmachers oder vergleichbarer Modelle
- Akute Krebserkrankung
- Schwangerschaft
- Schwere Hautschädigungen, Entzündliche Hauterkrankungen
- Epilepsie

6. Es gelten folgende Vergütungssätze:

- Radiofrequenztherapie mit INDIBA 10 Minuten (Elektrotherapie) 9,50 €
- Radiofrequenztherapie mit INDIBA 30 Minuten (Elektrotherapie) 28,50 €

Aufgrund der eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapie ist der Behandler/Untersucher zur Durchführung der Maßnahme auch ohne eine entsprechende ärztliche Verordnung legitimiert (Erstkontaktberechtigt). Alle oben aufgeführten Leistungen können zu genannten Vergütungssätzen auch im Anschluss an unseren Diagnostiktermin vom Behandler/Untersucher in seiner Funktion als sektoraler Heilpraktiker für den Bereich der Physiotherapie privat verordnet und anschließend über die Praxis impulse durchgeführt werden. Eine Erstattung der Leistungen durch eine private Krankenversicherung oder einer privaten Zusatzversicherung ist damit möglich.

Die Behandlungspreise, die Patienteninformation und die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Kontraindikationen gelesen zu haben und verkünde hiermit, unter keiner der unter Punkt 5 aufgeführten Vorerkrankungen zu leiden bzw. mich in keinem der unter Punkt 5 genannten Zuständen zu befinden.** Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich auf Wunsch erhalten.

Oben genanntes habe ich gelesen und bestätige dieses mit dem heutigen Datum und meiner Unterschrift / meinem Namen und der Absendung des Formulars an die Praxis.

Datum: Name:.....