



Anamnesebogen & Behandlungsvertrag (AGB)

Liebe(r) Patient/in,
Sie haben sich für eine naturheilkundliche Behandlung (Informationsmedizin) in meiner Praxis entschieden. Um Sie schnell, Ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend, beraten und behandeln zu können, ist es erforderlich, vorab ein paar Informationen von Ihnen zu erhalten.
Bitte nehmen Sie sich hierzu ausreichend Zeit. Je gewissenhafter Sie dieses Formular ausfüllen, desto eher besteht die Möglichkeit, für Sie gezielt dem „roten Faden“ Ihres Körpers zu folgen.
Der Fragebogen ist sehr umfangreich, aber nur so kann ich mir ein genaueres Bild über Ihre akuten und/oder chronischen Beschwerden machen.

Bitte füllen Sie das vorliegende Formular vor Ihrem ersten Praxisbesuch oder Behandlung mit Telemedizin vollständig aus und lesen Sie den Behandlungsvertrag mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen durch.

Telemedizin

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, die von Ihnen gemachten Angaben auf dem Anamnesebogen sowie dem Behandlungsvertrag. Senden Sie bitte beide unterzeichneten Formulare mit einer kleinen persönlichen Haarprobe von Ihnen/ Patient vorab für die Telemedizin an meine Privatadresse zurück.
(postalisch senden an: Katrin von Rabenau, Schulstr. 26, 13187 Berlin)

Praxistermin

Bei einem Praxistermin bringen Sie bitte den vorab ausgefüllten Anamnesebogen und den unterzeichneten Behandlungsvertrag zum Termin mit. Diese kleine Vorarbeit verlängert Ihre persönliche Behandlungszeit :-)

Vielen Dank!

Ihre Katrin von Rabenau
(Heilpraktikerin)

Stand: 02/2021

Anamnesebogen

Vorname, Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon(privat) _____

Telefon(mobil) _____

Geburtstag und Geburtsort _____

Körpergröße, Gewicht _____

Beruf _____

Familienstand _____

Kinder (Anzahl, Alter) _____

Hausarzt mit Anschrift und Telefonnummer:

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Sind die Beschwerden stärker geworden? (Skala 1-10)

Hatten Sie solche oder ähnliche Beschwerden schon einmal?

Ja/Nein

Wie oft/

wann das erste Mal/

wann zum letzten Mal?

Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie bitte den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0-10 an.
Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

- | | | | |
|----|-------|------------|------------------|
| 1. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 2. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 3. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 4. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 5. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 6. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 7. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |

Welche Behandlungen haben Sie in Bezug auf diese Beschwerden schon erhalten?

Wie viele Ärzte, Heilpraktiker, Kliniken haben Sie in dieser Sache bereits aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

Sehr gut

gut

mäßig

schlecht

Was trat unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden auf?

(Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Trennung, Schreck, Unfall, Operation, Hautausschläge, Auslandsaufenthalt, Insektenbiss oder anderer Biss, sonstiges Ungewöhnliches?)

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Welche Fachärzte haben Sie in den letzten 3 Jahren besucht?

Krankenhaus oder Kuraufenthalte in den letzten 3 Jahren?

Waren Sie in den letzten Monaten im Ausland?

Wo, wann und wie lange?

Leiden Sie unter bestimmten Ängsten oder Abneigungen?

Ja/nein

Falls ja, welche?

Rauchen Sie?

Ja/nein

Wie viele /Tag?

Trinken Sie Alkohol?

Ja/nein/gelegentlich/regelmäßig

Hatten Sie Unfälle? Ja/Nein

Was ist passiert?

Wann /Jahr

Folgeschäden?

Besondere Anmerkungen:

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung?

Ja/nein Falls ja, welche?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja/Nein bisher nicht bekannt

z.B. gegen Pollen, Hausstaub, Tierhaare, Laktose-, Histamin-, Fruktoseintoleranz, Zöliakie, Glutenunverträglichkeit, Kontaktallergien, Sonstiges:

Leiden Sie unter Asthma? Ja / Nein

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie z.Zt. ein?
(auch Pille, Schmerz-, Schlaf- und Abführmittel)

Medikament	ca seit	Dosierung

Treiben Sie Sport?

Ja/nein

Welche Sportarten? Wie oft/Wo?

Regelmäßig/unregelmäßig?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bereits vorgekommen?

(Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel usw)

z.B. Krebs, Herzerkrankungen, Gefäßkrankheiten, Gicht, Zuckerkrankheiten/Diabetes, Schilddrüsenleiden, Asthma, Lungenerkrankungen, COPD, Rheuma, Muskelerkrankungen, Neurodermitis, Burn out, Alzheimer, Demenz, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Bluthochdruck, Schlaganfall, Fettstoffwechselstörungen., Steinerkrankungen, Allergien, Mukoviszidose, Fibromyalgie, Multiple Sklerose, Schuppenflechte/Psoriasis, Depressionen, Angststörungen, Geschlechtskrankheiten, ADHS, Sonstiges:

Erkrankung	Verwandtschaftsgrad	Wie lange

Leiden Sie zur Zeit an den nun aufgelisteten Erkrankungen?

(bitte ankreuzen)

- Autoimmunerkrankung
- Herz- und Kreislaufbeschwerden
- Bluthochdruck
- Diabetes
- Fettstoffwechselstörung
- Gicht/ erhöhte Harnsäure
- Gallensteine/Nierensteine
- Lungenerkrankung/Asthma
- Allergien
- Chronische Bronchitis(COPD)
- Wirbelsäulenerkrankungen
- Arthrose/Gelenkerkrankungen
- Rheumatoide Arthritis
- Fibromyalgie
- Sehnenerkrankungen
- Leber, Hepatitis
- Niere, Harnapparat, Blase, Prostata
- Magen-Darm-Trakt
- Reizdarm,- magen
- Schlafstörung/-apnoe
- Depression
- Angststörung /Phobie
- HPU
- Sonstiges

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose, Kinderlähmung(Polio), Diphtherie, Tetanus, Hämophilus Influenza (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Cholera, Gelbfieber, Hepatitis, Pocken, Grippe, Humanes Papilloma Virus (HPV), FSME (Zecken), Tollwut, Sonstiges:

Gab es Reaktionen auf Impfungen oder einen Impfschaden?

(z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderung, Übelkeit, Sehstörungen, ect.)

Emotionales	Ernährung
Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?	Wie viel Liter Wasser trinken Sie tgl.?
Sind Sie berührungsempfindlich?	Was trinken Sie zusätzlich?
Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?	Welche Nahrungsmittel essen Sie tgl.?
Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?	---Milchprodukte ---Süßigkeiten ---Weißmehlprodukte ---Kuchen ---Eier ---Zucker ---Sonstiges
Existieren immer wiederkehrende Ängste? (z.B. vor Spinnen, enge Räume usw.)	
Beantworten Sie bitte mit Ja/Nein	

Leiden Sie unter Konzentrationsbeschwerden, Gedächtnisstörungen o. Ähnlichem?

Sind Sie müde und erschöpft, falls ja, seid wann?

Leiden Sie unter zunehmender, verstärkter Reizbarkeit?

Haben Sie Ängste/Schuldgefühle/Konflikte, die Sie belasten?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Schwitzen Sie leicht?

Schwitzen Sie nachts? Falls ja, an welchem Körperteil:
Ist es kalter Schweiß? Oder warmer Schweiß?

Frieren Sie schnell? Schon immer oder ab einem bestimmten Ereignis/Datum?

Haben Sie öfter kalte Hände/ kalte Füße?

Wie belastbar und leistungsfähig sind Sie von 0-100?

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern? (von 1-10)	Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?
Haben Sie einen Partner(in)? Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner(in)? (von 1-10)	Ernährung: (bitte ankreuzen) Verlangen nach: Abneigung gegen:
Sind Sie glücklich?	...süß
Wurden Sie gestillt?	...sauer
Wie war Ihr Geburtsverlauf? (Kaiserschnitt/Zange)	...pikant
	...bitter
	...salzig
	...scharf
	...Fleisch
	...Eier
	...Obst
	...Fett
	...Nikotin
	...Alkohol

Nahrungsmittel Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
(z.B. Trennkost, vegetarisch, vegan usw.) Falls ja, welche?

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten wenn erforderlich mit meiner Hilfe zu verbessern? (ja, nein)

Ich esse:

....sehr schnell sehr langsam habe keinen Appetit

....dreimal täglich alle 4-5 Std. häufiger

Ich esse die größte Mahlzeit:

_____Frühstück _____Mittagessen _____Abendessen

Wohnung	Kopf	Zähne/Kiefer
<p>Wie ist Ihre Wohnung beschaffen? (Belastung mit Schimmelpilzen, Holzschutzmitteln, Teppichboden, Mikrowelle, Nikotin)?</p> <p>Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet? (schnurlose Telefone, elektrische Geräte, Wasserbett...)</p> <p>Wie ist Ihr Schlaf?</p> <p>----Schlaflosigkeit</p> <p>----häufiges Erwachen um....Uhr?</p> <p>----nächtliches Wasserlassen, wie oft?</p> <p>----Schwierigkeiten b. Einschlafen?</p> <p>----Unruhe in den Beinen?</p> <p>----Sprechen im Schlaf?</p> <p>----Nachtschweiß</p> <p>----heiße Füße</p> <p>----Zähneknirschen</p> <p>----Gedankenkreisen</p>	<p>Leiden Sie unter Kopfschmerzen?</p> <p>--häufig, --selten, --nie</p> <p>Wo?</p> <p>Stirn-Augen-Schlafenregion</p> <p>---Hinterhauptregion</p> <p>---Morgens</p> <p>---Abends</p> <p>---Halbseitig</p> <p>---Links ---Rechts</p> <p>---Doppelseitig</p> <p>---Wandernd v links n. rechts oder umgekehrt</p> <p>---nur am Wochenende</p> <p>Auslöser der Kopfschmerzen?</p> <p>Was verbessert/verschlechtert?</p> <hr/>	<p>---häufige Zahnarztbesuche</p> <p>---Beschwerden bei der Zahnung</p> <p>---Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne</p> <p>----wurzelbehandelte Zähne</p> <p>--- empfindliche Zähne</p> <p>--- Zahnfleischentzündung</p> <p>--- Kieferentzündung</p> <p>Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen schon entfernt?</p> <p>Zahnmaterialien, die vorherrschen?</p> <p>----Amalgam</p> <p>----Gold</p> <p>----Titan</p> <p>----Kunststoff</p> <p>....Keramik</p> <p>....Palladium</p> <p>Nase</p> <p>----Operationen</p> <p>---- Polypen</p> <p>....Heuschnupfen</p> <p>----Rhinitis</p> <p>....</p>

<p>Brust/</p> <p>Brustdrüse</p> <p>-Beschwerden</p> <p>-Schmerzen bei Berührung</p> <p>-Knoten / Zysten</p> <p>-verhärtetes Drüsengewebe</p> <p>-Operationen</p>	<p>Haare</p> <p>Haarausfall?</p> <p>---kreisrund ---vereinzelnd</p> <p>Seit wann?</p>
--	--

<p>Augen</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Bindehautentzündung ----kurzsichtig ----weitsichtig ----sonstige Beschwerden ----Brille Seit: _____ <p>Ohren</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Schmerzen links ----Schmerzen rechts ----Schmerzen beidseitig ----Mittelohrentzündung ----Ohrgeräusche/Tinnitus ----Ohrendruck ----Schwerhörigkeit ----Beidseits ----Rechts ----Links 	<p>Nase</p> <ul style="list-style-type: none"> ----behinderte Nasenatmung ----Nase verstopft <p>Absonderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ----wässrig----- eitrig ----schleimig----- grünlich ----häufig Nasennebenhöhlenentzündungen <p>Mandeln</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Operation/ Entfernung ----Wann? ----häufige Mandelentzündungen ----als Kind / heute <p>Schilddrüse</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Überfunktion----- Autoimmunerkr. ----Unterfunktion----- Hashimoto ----Vergrößerung----- Morbus Basedow ----Operation----- Schilddrüsenentz.
---	--

Brust- Bauch		Arme-Beine-Rücken-Haut
<p>Herz</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Beschwerden ----Stechen ----Druckgefühl ----Beklemmungen ----Rhythmusstörungen ----Infarkt ----Angina Pectoris ----Herzklappenfehler ----Herzmuskelentzündung <p>Lunge</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Bronchitis ---Auswurf ----häufig Husten ----Atemnot 	<p>Niere/Blase</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Nierensteine ----Entzündungen <li style="padding-left: 20px;">Wie oft? _____ ----Blasenschwäche ---Niereninsuffizienz <p>Harn</p> <ul style="list-style-type: none"> ----viel ----wenig ----häufig kleine Mengen ----dunkler Urin ----heller Urin ----Geruch nach: 	<p>Arme</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Verletzungen ----Schmerzen ----Tennisellbogen ----Kribbeln ----kalte Hände <p>Beine</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Schmerzen ----Krampfadern ----Taubheitsgefühl ----Besenreisser ----oberflächliche Venenentzündung ---Thrombose ---Ödeme

<p>Rücken</p> <ul style="list-style-type: none"> ----eingeschränkte Beweglichkeit ----Verspannungen ----HWS-Syndrom ----Belastungen/schweres Heben ----Rheuma ----Schmerzen ----Hexenschuss ----Ischialgie ----Skoliose ----Morbus Bechterew ----Bandscheibenprobleme ----Bandscheibenvorfall Wann? 	<p>Darm</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Reizdarm ----Infektionen ----Blinddarmoperationen ----Blähungen; Geruch nach: _____ <p>Galle</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Steine ----Fettunverträglichkeit ----Operation ----Koliken ----Druck im Oberbauch
--	---

<p>Leber</p> <p>----Druckgefühl-----</p> <p>----Vergrößerung-----</p> <p>----Entzündung-----</p> <p>----Hepatitis-----</p>	<p>Magen/Darm</p> <p>Völlegefühl</p> <p>Reizmagen</p> <p>Aufstoßen</p> <p>Reflux</p> <p>----Gastritis</p> <p>----Helicobakter</p> <p>----Appetitlosigkeit</p> <p>----Nahrungsm.-Allergie</p> <p>----Magengeschwür</p> <p>----Essstörung</p> <p>----Abmagerung</p>	<p>Stuhlgang</p> <p>----täglich----- jeden 2. Tag</p> <p>----unregelmäßig,</p> <p>richt nach:</p> <hr/> <p>----Neigung zu Verstopfung</p> <p>----Neigung zu Durchfall</p> <p>----Konsistenz des Stuhles</p> <p>(hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, fettig)</p> <p>-mehrere Möglichkeiten bitte auch angeben!!</p> <hr/> <p>----kann Stuhl nicht halten</p> <p>----das Gefühl nicht fertig zu werden</p>
<p>Beine-Haut</p> <p>----tiefe Beinvenenthrombose, wann? _____</p> <p>----Operationen/Verletzungen</p> <p>----kalte, brennende Füße</p> <p>----Kribbeln</p> <p>----Ödeme, wann? Abends/tagsüber</p> <p>Haut</p> <p>----Verbrennungen/Narben</p> <p>----Geschwüre</p> <p>----Hautjucken</p> <p>---- Ekzem</p> <p>----Warzen/Pilze</p> <p>----Fußpilz</p> <p>----Neurodermitis</p> <p>----Psoriasis</p> <p>----Vitiligo</p> <p>----eingewachsene Nägel</p> <p>----Nagelbettentzündungen</p> <p>----allergische Reaktionen auf: _____</p>	<p>Gynäkologie/Urologie</p> <p>Ausfluss</p> <p>----keinen-----</p> <p>----stark-----</p> <p>----weiß-----</p> <p>----gelb</p> <p>----wundmachend</p> <p>----färbt die Wäsche-----</p> <p>----Schmerzen-----</p> <p>----Eierstockentzündungen</p> <p>----Geburten wann:</p> <p>----letzte Vorsorgeuntersuchung, Wann?</p> <hr/> <p>----Fehlgeburt(en)</p> <p>----Ausscharbungen-----</p> <p>----Abtreibungen-----</p> <p>----Tumore-----</p> <p>----Zysten-----</p> <p>----Myome</p> <p>----Endometriose / Hysterektomie Wann?</p> <p>----Geschlechtskrankheiten</p> <p>Prostata</p> <p>vergrößert</p> <p>Entzündung</p> <p>Beschwerden</p> <p>beim Wasser lassen</p> <p>erhöhter PSA Wert?</p> <p>Geschlechtskrankheiten?</p> <p>Sexualität</p> <p>vermindert</p> <p>verstärkt</p> <p>unbefriedigt</p> <p>Beschwerden</p> <p>beim Verkehr</p>	

Ich bevorzuge folgende Heilmittel:

- o Phytotherapeutika o Homöopathika o Schüssler Salze o Bachblüten
- o Apothekenpflichtige Arzneimittel o Nahrungsergänzungsmittel

Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutverdünner ein oder besteht bei Ihnen eine Blutungsneigung?
 Nein _____ Ja, welches Medikament? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher implantiert? Ja / Nein

Ich wurde über die eventuelle Nebenwirkung der Behandlung in Form von Erstreaktionen wie z.B. in der Homöopathie informiert. Ich habe ein Aufklärungsgespräch zur Therapie und nähere Erläuterungen zur Behandlung mit den TimeWaver-Systemen erhalten und soweit verstanden.

Ferner bin ich über die Kosten im Einzelnen informiert und aufgeklärt worden, diese enthalten ausschließlich die Tätigkeiten des Heilpraktikers als Honorarleistung.

Weiter wurde ich darüber informiert, dass bei diesen Kosten noch keine Kosten für die benötigten Medikamente und ggf. die Leistungen Dritter (z.B. Labor, Darmlabor usw.) enthalten sind. Hierzu haben ich alle Fragen gestellt und keine weiteren Fragen mehr.

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung ein. Ich stimme durch meine Unterschrift dem Behandlungsvertrag, den allgemeinen Geschäftsbedingungen in allen Punkten zu und bin mit Behandlung mit den TimeWaver-Systemen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

Mit meiner Unterschrift stimme ich außerdem zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann.

ja nein

Wenn für die Therapie erforderlich, stimme ich einer Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt ebenfalls zu. Eine vorherige mündliche Information ist hierfür ausreichend.

ja nein

P.S. Sollten Sie mit meiner Behandlung und Therapiemethode zufrieden sein, empfehlen Sie mich gerne weiter oder schreiben mir eine Rezension bei „Google“. Herzlichen Dank!

Behandlungsvertrag (AGB)

§1 Anwendungsbereich der AGB

- a) Die AGB regeln die Geschäftsbeziehungen zwischen Heilpraktikerin und Patient als Behandlungsvertrag, soweit zwischen den Vertragsparteien Abweichendes nicht schriftlich vereinbart wurde.
- b) Der Behandlungsvertrag kommt zustande, wenn der Patient das generelle Angebot der Heilpraktikerin, die Heilkunde gegen jedermann auszuüben, durch konkludentes Handeln annimmt und sich an die Heilpraktikerin zum Zwecke der Beratung, Diagnose oder Therapie wendet.
- c) Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, den Abschluss eines Behandlungsvertrages abzulehnen oder jederzeit einen geschlossenen Behandlungsvertrag ohne Angaben von Gründen zu kündigen. Im Falle der Kündigung bleibt der Honoraranspruch des Heilpraktikers für die bis zur Ablehnung entstandenen Leistungen, einschließlich Beratung, erhalten.
- d) Dieser Vertrag regelt sowohl die Beratung als auch die nachfolgend geplanten Behandlungen / Untersuchungen und gilt auch für das zukünftige Rechtsverhältnis aus einer erneuten Inanspruchnahme von Leistungen der Heilpraktikerin durch den Patienten, sollte keine anderweitige Regelung getroffen werden.

§2 Inhalt und Zweck des Behandlungsvertrags

Der Heilpraktikerin erbringt ihre Dienste gegenüber dem Patienten in der Form, dass sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten der Ausübung der Heilkunde zur Beratung, Diagnose und Therapie beim Patienten, unter Berücksichtigung von eventuellen Behandlungsverboten und ihrer Sorgfaltspflicht, anwendet. Dabei werden Naturheilverfahren und Informationsmedizin angewendet. Wissenschaft und Schulmedizin erkennen die Existenz von Informationsfeldern und deren medizinische und sonstige Bedeutung aufgrund fehlender wissenschaftlicher Nachweise im Sinne der Schulmedizin nicht an.

Die TimeWaver-Systeme sind Medizinprodukte zur Schmerzbehandlung bei chronischen Schmerzen, Fibromyalgie, Skelettschmerzen und Migräne sowie zur unterstützenden Behandlung bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angstzuständen und damit verbundenen Schlafstörungen.

Alle anderen Anwendungen der TimeWaver-Systeme erkennt die Schulmedizin nicht an aufgrund fehlender Nachweise im Sinne der Schulmedizin. Es kann ein subjektiv erwarteter Erfolg der Methode weder in Aussicht gestellt noch garantiert werden.

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung der Heilpraktikerin eine schulmedizinische Therapie oft nicht oder vollständig ersetzen kann. Die Komplementärmedizin bzw. Informationsmedizin versteht sich als Alternative oder Ergänzung zu schulmedizinischen Behandlungsmethoden.

§3 Mitwirkung des Patienten

Zu einer aktiven Mitwirkung ist der Patient nicht verpflichtet. Die Heilpraktikerin ist jedoch berechtigt, jederzeit die Behandlung ohne Angaben von Gründen abubrechen. Eine Gefährdung des Zusammenwirkens von Heilpraktikerin und Patient liegt immer dann vor, wenn das erforderliche Vertrauensverhältnis nicht mehr gegeben erscheint, insbesondere, wenn der Patient Beratungsinhalte negiert, erforderliche Auskünfte zur Anamnese und Diagnose unzutreffend oder lückenhaft erteilt oder Therapiemaßnahmen vereitelt.

§4 Honorierung des Heilpraktikers

- a) Der Heilpraktiker hat Anspruch auf ein Honorar, welches nach der GebüH abgerechnet wird. Soweit im Folgenden oder in einer Individualvereinbarung nichts Anderes geregelt ist.
- b) Die Honorare sind nach Rechnungserhalt mit Zahlungsziel von 14 Tagen zu überweisen.

Honorarerstattung durch Dritte

Soweit der Patient Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung des Honorars durch Dritte hat oder zu haben glaubt, wird §4 hiervon nicht berührt.

Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse.

Über etwaige Ausnahmen informiert sich der Patient selbst bei der Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung. Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat Zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können einen Teil-Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben.

Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker dem Patienten aus. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen dem Gebührenverzeichnis und dem Heilpraktikerhonorar nach diesen AGB's oder einer Individualvereinbarung sind vom Patienten zu tragen.

Der Patient hat die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen und ist damit einverstanden, dass er die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trägt, unabhängig davon, ob er einen Erstattungsanspruch gegenüber seiner (privaten) Krankenversicherung hat.

Ausfallhonorar

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er der Heilpraktikerin ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist. Es bleibt dem Patienten nachgelassen den Nachweis dafür, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, zu führen. Ebenso kann die Heilpraktikerin den Nachweis eines höheren Schadens führen.

Die durch eine Verspätung des Patienten versäumte Zeit wird als Behandlungszeit abgerechnet und führt nicht zu einer Verlängerung der für den Termin ursprünglich vereinbarten Zeiteinheit. Eine Verringerung der faktischen Behandlungszeit durch Verspätung oder durch sonstige aus der Sphäre des Patienten herrührende Gründe bedingt keine Kürzung des zu leistenden Honorars. In beiden Fällen ist das vereinbarte Honorar für die gesamte Zeiteinheit zu leisten.

Auszug der Honorarsätze

Anamnese und Behandlung

Kurzes Aufklärungsgespräch über Wirkungsweise des Diagnose-/ Therapieverfahrens mit TimeWaver® .

Besprechung Anamnesebogen, Analyse des energetischen Ist-Zustandes mit TimeWaver® Med, Erkennen von Energie-Blockaden und Disharmonien, Auswertung und Besprechung. Festlegung der Behandlungsmethoden. Dauer ca. 60 Minuten.

Behandlung durch Frequenztherapie zur Balancierung mit TimeWaver Frequency / Mikrostromtherapie (FSM) nach McMakin.

gesamt 120 Minuten: **160 €**

Jede weitere Stunde wird mit **70 €** berechnet. Die Berechnung erfolgt nach Zeitaufwand und wird nach Minuten abgerechnet (inkl. Telemedizin / telefonische Betreuung).

Zusatzbehandlung (optional): Telemedizin - zur Verstärkung der Selbstregulation empfohlen.

Telemedizin

Quantenphysikalisch basierte Fernbehandlung durch TimeWaver Med, Analyse des energetischen Ist-Zustandes, Erkennen von Energie-Blockaden und Disharmonien, Besetzung mit analysierten Frequenzen zur Anregung der Selbstregulation des Körpers (ca. 4 Wochen), Besprechung der Veränderungen des energetischen Zustandes, Behandlung mit telefonischer Betreuung.

60 Minuten: **100 €** (je nach Zeitaufwand, wird nach Minuten abgerechnet)

Zusätzliche Inanspruchnahme telefonischer Betreuung wird mit 70 € pro Stunde berechnet und minutengenau abgerechnet.

Neu: Online-Sprechstunde (Video)

30 Minuten: 40 €

Frequenztherapie TimeWaver Med

60 Minuten: 100 €

Mikrostromtherapie (FSM)

60 Minuten: 70 €

Frequenztherapie TimeWaver Frequency

60 Minuten: 70 €

REGENA-Therapie

Homöopathische Komplexmittel nach G.C. Stahlkopf

Anamnese, Empfehlung zur Medikation, auch telefonische Beratung möglich.

60 Minuten: 60 €

Ohrakupunktur nach Nogier (nur in der Praxis)

60 Minuten: 65 €

Weitere Behandlungen

Der Patient wurde über den Umfang der Behandlungen / Untersuchungen sowie über die ungefähre Höhe der Behandlungskosten aufgeklärt. Der Patient verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachte Leistung. Das Honorar ist 14 Tage nach Rechnungslegung zur Zahlung fällig.

§5 Vertraulichkeit der Behandlung / Datenschutz

- a) Die Heilpraktikerin behandelt die Patientendaten vertraulich und erteilt Dritten bzgl. der Diagnose, Beratungen und der Therapie sowie deren Begleitumstände und den persönlichen Verhältnissen des Patienten Auskünfte nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung des Patienten. Auf die Schriftform kann verzichtet werden, wenn die Auskunft im Interesse des Patienten erfolgt und anzunehmen ist, dass der Patient zustimmen wird.

Der Patient ist damit einverstanden, dass seine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit dem Patienten sowie zur Dokumentation und zur Rechnungsstellung erhoben, verarbeitet, genutzt und gespeichert werden.

- b) Absatz a) ist nicht anzuwenden, wenn die Heilpraktikerin aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist: Beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Drogen – oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige. Absatz a) ist ferner nicht anzuwenden, wenn in Zusammenhang mit der Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen ihn oder seine Berufsausübung stattfinden und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann, ferner es zur Wahrung von Rechten und Ansprüchen der Heilpraktikerin erforderlich ist.
- c) Der Heilpraktikerin führt Aufzeichnungen über ihre Leistungen (Handakte oder elektronische Patientendateien im TimeWaver-System). Dem Patienten steht eine Einsicht in die Handakte jederzeit zu; er kann diese Handakte aber nicht heraus verlangen. Absatz b) bleibt unberührt. Der Patient stimmt der Verarbeitung seiner Daten zu.
- d) Sofern der Patient einen Auszug/Kopie aus der Handakte verlangt, erstellt diese die Heilpraktikerin kostenpflichtig.
- e) Handakten werden von der Heilpraktikerin 10 Jahre nach der letzten Behandlung vernichtet.

§6 Rechnungslegung

- a) Der Patient erhält bei einer Inanspruchnahme von Leistungen der Heilpraktikerin spätestens zum 15. des Folgemonats hierüber eine Rechnung, soweit nicht Abweichendes vereinbart sein sollte. Die einfache Rechnungsausführung erfolgt gebührenfrei. Die Rechnung zur Vorlage beim Finanzamt, oder für die eigene Aufbewahrung enthält Namen und Anschrift der Heilpraktikerin, Kontoverbindung, Steuernummer, den Namen und die Anschrift, sowie das Geburtsdatum des Patienten. Sie spezifiziert den Behandlungszeitraum und die bezahlten Honorare, Dritt- und Nebenleistungen.
- b) Aus Beweis- und/oder Erstattungsgründen durch einen Kostenträger kann auch eine Ausfertigung der Rechnung, welche die vollständige Diagnose, jede Einzelleistung (Therapiespezifizierung) mit der entsprechenden GebüH-Ziffer, jeden Einzelbetrag und Angaben über die Heilmittel enthält, vereinbart werden. Der Patient wird hiermit belehrt, dass diese Rechnungsform bereits den Bruch der Vertraulichkeit und Schweigepflicht bedeutet und dem schriftlichen Auftrag des Patienten grundsätzlich widerspricht.

§7 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten aus dem Behandlungsvertrag und den AGB's sollten grundsätzlich gütlich beigelegt werden. Hierzu empfiehlt es sich Gegenvorstellungen, abweichende Meinungen oder Beschwerden zunächst mündlich und gegebenenfalls auch schriftlich der jeweils anderen Vertragspartei darzulegen.

§8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages oder der AGB's ungültig oder nichtig sein oder werden, wird damit die Wirksamkeit des Behandlungsvertrages im Übrigen nicht tangiert. Die ungültige oder nichtige Bestimmung ist vielmehr in freier Auslegung durch eine Bestimmung zu ersetzen, die dem Vertragszweck und dem Parteienwillen am nächsten kommt.

Patientenbestätigung – und erklärung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Zustandekommen des Behandlungsvertrages und dass von mir die allgemeinen Geschäftsbedingungen, welche Bestandteil des Behandlungsvertrages sind, vollumfänglich zur Kenntnis genommen worden sind. Spezielle Punkte und Fragen, die einem besseren Verständnis dienen, konnte ich an die Heilpraktikerin stellen und diese wurden mir zufriedenstellend beantwortet, so dass alle Unklarheiten beseitigt sind.

Ort/Datum

Vor- und Zuname Patient

Heilpraxis von Rabenau



Inh. Katrin von Rabenau
Neue Schönholzer Str. 12
13187 Berlin

Mobil: **0176.92 46 73 26**
Mail: info@vonrabenau-heilpraxis.de
www.vonrabenau-heilpraxis.de

Praxistermine: Mittwoch / Donnerstag
nach Vereinbarung