



Honorarvereinbarung als Behandlungsvertrag

zwischen

Heilpraktiker Marco Bruhn

und

Frau/Herr Name/ Vorname : _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort.: _____

Telefonnummer (Festnetz/ Mobil): _____

E-Mailadresse: _____

Betreuer/ Erziehungsberechtigter/-e: _____

Auf Verlangen des o.g. Patienten vereinbart dieser mit dem Heilpraktiker nach erfolgter Aufklärung über die Bedeutung einer Honorarvereinbarung und der vereinbarten Abrechnungshinweise abweichend von der üblichen Vergütung des Heilpraktikers folgendes:

Für alle Leistungen des Heilpraktikers Marco Bruhn wird als Abrechnungsgrundlage ein Stundensatz von **95 €** für die Beratung/ Nährstofftherapie auch per Mail/ Messenger oder per Telefon vereinbart.

Für die Osteopathie **103,20 €**. (Für kürzere Behandlungen dementsprechend weniger.

Hausbesuche werden **extra** berechnet - siehe Preisliste im Anhang.) Bei **physiotherapeutischen Leistungen** richte ich mich an die **GebüTh** nach dem Satz zwischen dem **1.8 fachen** und dem **2,4-fachen** Satz.

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. (Dies hängt vom Versicherungsvertrag des Patienten und den Versicherungsmodalitäten ab). **Der Patient verpflichtet sich, die Differenz** zwischen dem Rechnungsbetrag und dem erstatteten Betrag seiner privaten Krankenversicherung oder Zusatzkrankenversicherung selbst zu zahlen. Die einzelnen Behandlungen die nicht im Anhang aufgeführt sind, können in einer gesonderten Preisliste nachgesehen werden. Der Heilpraktiker ist nicht verpflichtet, Beihilfesätze anzuwenden, da sie nicht kostendeckend sind. Deshalb werden in dieser Praxis keine Beihilfesätze angeboten.

Der Honorarsatz gilt als ortsüblich und vereinbart und ist durch den Patienten nach der Behandlung in **digital zu bezahlen, oder umgehend zu überweisen bis spätestens innerhalb von 10 Tagen auf das angegebene Bankkonto. (§ 611 BGB und § 614 BGB)** Eine Rechnung wird per Mail/ Post zugesendet. Diese Honorarvereinbarung gilt ab dem unten angegebenen Datum.

Bitte wenden —>



Anhang

Heilmittel:	Dauer in Minuten:	Preis in €:	Nr
1. Osteopathie:			
Osteopathie (parietal, visceral****, craniosacral****)	60	103,20	A35.9c
Osteopathie (parietal, visceral****, craniosacral****)	45	77,40	A35.9b
Osteopathie (parietal, visceral****, craniosacral****)	30	51,60	A35.9f
2. VNS Analyse, MitoVit Hypoxietherapie, Vitori Kristallmatte			
VNS Analysemessung:	25	65,00	A14.6, 20.1, A14.6
MitoVit Therapie	40	87,50	20.1, 14.7, 14.8
Atemmaske +Bakterienfilter	einmalig	77,50	A62, A62,1
Atemmaske Set preiswert + Bakterienfilter		17,30	A62.3, A62,1
Vitori Kristallmatte	40	70,00	39.2, 39.6 39.10, 39.11
VitaMed Scan Messung		107,00	12.15, 16.2, 16.3
Hausbesuchspauschale, Wegegeld bis 2 KM		29,50	9.1
Hausbesuch weiter entfernt mit gesonderter Gebühr und nur auf Anfrage! Wegegeld- Fahrtkosten pro gefahren 1 km		1,25	10.5
3. Vitamin D3 Beratung/ Nährstofftherapie Bachblüten:			
Erstanamnese	20	31,66	1
Blutentnahme	4	5	26.1
Dosierungsberechnung inkl. Zusendung per E-Mail	10	15,80	A 11.3
Zusendung per Post, zusätzlich zu den 15,80 €		2,50	
Beratung	20	31,66	A5
Beratung ****	30	47,50	A5.1
Beratung ****	40	63,33	A5.2
Beratung ****	60	95	A5.4
4. Bachblütenmischung ****			
Blütenmittel pro Tropfen		0,14	A40.1
Tropferfläschchen 30 ml mit Pipette		1,80	A40.2
Weinbrandwassermischung 2/3 30 ml		0,15	A40.3
Etikett		0,25	A40.4
Mischung herstellen	10	15,80	A40.5

Gesetzlich versicherte Patienten können eine Teilerstattung erhalten von der gesetzlichen Krankenversicherung, da ich die erforderlichen 1350 h als zertifizierter und diplomierter Osteopath vom VFO habe.

****= Wird von der PKV und von privaten Zusatzkassen nicht erstattet, weil es nicht in der GebüH 85 steht, sondern ist eine volle Eigenleistung !

Sofern der vereinbarte Behandlungstermin **nicht 24h vorher abgesagt wird**, ist der **Preis** der ausgefallenen Leistung **privat zu bezahlen (§ 615 BGB)**.

Ich bin im Rahmen meiner Behandlung über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen (auch Risiken) und Erfolgsaussichten ausreichend aufgeklärt worden.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Honorarvereinbarung zur Kenntnis genommen habe und anerkenne. Ich bin mit der Behandlung einverstanden. Der Vertrag kann jederzeit(24-Sundenabsageregel, siehe oben) beiderseits gekündigt werden.

Baldham, Datum

Unterschrift des Patienten

Erziehungsberechtigter