

Heilpraxis Robert Bäumner

Robert Bäumner – Hauptstraße 42 – 82008 Unterhaching – Tel.: 089 / 43591918 – E-Mail: info@robert-baeumner.de - www.robert-baeumner.de

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)

- I. Wenn Sie in meiner Terminpraxis einen Behandlungstermin buchen, erhalten Sie spätestens am Vortag der Behandlung eine schriftliche Terminbestätigung per E-Mail. Diesen brauchen Sie nicht erneut bestätigen. Ein Termin zwischen Ihnen und der Heilpraxis Robert Bäumner ist verbindlich und gültig, solange er nicht widersprochen wird.
- II. Um allen Patienten gerecht zu werden, gelten zudem folgende Regelungen:
 - a. Ist der Patient 15 Minuten nach dem vereinbarten Termin nicht erschienen ohne uns auf unserer Festnetznummer über eine Verspätung zu informieren, handeln wir nach § 615 BGB und GVO.
 - b. Terminabsagen oder Terminverschiebung sind bis maximal 24 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin per E-Mail oder Telefon möglich. Bei Nichteinhaltung handeln wir gemäß § 615 BGB u. GVO.
 - c. Patienten, die zum ersten Termin nicht erscheinen, erhalten keinen weiteren Termin in unserer Praxis.
- III. Die Abrechnung erfolgt immer nach Leistung (Anamnese, Tests, behandelte Strukturen, angewandte Therapieformen sowie Berichterstattung) und nie nach aufwendeter Zeit, die zwischen ca. 30 und 60 Minuten liegt.
- IV. Abgerechnet wird die erbrachte Leistung nach GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) für Selbstzahler und Patienten, die privat krankenversichert sind. Bei einer ausschließlichen osteopathischen Behandlung gilt die GVO (Gebührenverzeichnis für Osteopathie). Sie können alle Verzeichnisse auf meiner o.a. Webseite einsehen.
- V. Ob und in welcher Höhe unsere Rechnung von Ihrer Versicherung bezahlt wird, hängt von Ihrem gewählten Tarif bei Ihrer Versicherung ab.
- VI. Es ist immer der volle Rechnungsbetrag von Ihnen zu entrichten.
- VII. Osteopathische Behandlungen, die aufgrund einer ärztlichen/heilpraktischen Verordnung durchgeführt werden, gelten als Therapie und sind umsatzsteuerfrei. Ohne diese Verordnung muss die z.Zt. gültige Umsatzsteuer zusätzlich berechnet werden.

Allgemeine Behandlungsempfehlungen (ABB)

- I. Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit. Somit hat eine ganzheitliche Behandlung auch Auswirkungen auf Ihr Leben als Ganzes.
- II. Das Arbeiten an Ihrem Körper kann Ihrer Seele mehr Ausdruck verleihen und ermöglicht Ihnen somit Ihrem Geist einen eigenverantwortlichen Umgang mit Ihrer Gesundheit. Unsere Aufgabe ist es nicht Krankheit zu suchen, sondern Gesundheit zu finden.
- III. Der Erfolg einer ganzheitlichen Behandlung ist somit immer auch von Ihrem Mitwirken abhängig. So können Sie Ihre Behandlung unterstützen:
 - Erscheinen Sie pünktlich und in Ruhe.
 - Schalten Sie Ihr Mobiltelefon während der Behandlung aus.
 - Vermeiden Sie bis zu 3 Tage nach der Behandlung keine schweren physischen wie psychischen Belastungen.
 - Trinken Sie nach einer Behandlung viel stilles Wasser (Zimmertemperatur).
 - Schlafen Sie ausreichend und erholsam.
 - Verzichten Sie auf Alkohol, Tabak und Drogen.
 - Bewegung: Mindestens 2 wöchentliche Ausdauersporteinheiten von mindestens 20 Minuten Dauer.
 - Führen Sie unsere gezeigten Übungen konsequent auch zu Hause durch.
- IV. Die Terminvergabe richtet sich nach Ihren physischen und psychischen Reaktionen auf die Behandlung. Unterrichten Sie uns bitte über eventuelle Reaktionen einer Behandlung vor einem Folgetermin.
- V. Unser Ziel ist es, Sie mit möglichst wenigen Behandlungen wieder in ein Gleichgewicht zu bringen und dort zu halten.
- VI. Da wir nach höchsten Qualitätskriterien arbeiten und juristisch korrekt abrechnen, ist unser Honorar diesen Umständen angepasst. Es kann somit auch zu einem höheren nicht-erstattungs-fähigen Eigenanteil in der Rechnungsstellung kommen.

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Osteopathie, Chiropraktik, wissenschaftlichen Naturheilkunde, sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (Analog § 630 a –h BGB).

Name: _____
Straße/Nr.: _____
Geb.-Datum: _____
Tel.: _____
Fax: _____
Körpergröße: _____

Vorname: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____
Handy: _____
Krankenkasse: _____
Gewicht: _____

Ort/Datum

Vor- und Nachname
des Patienten

Unterschrift
des Patienten