



# BEHANDLUNGSVERTRAG

(Nachfolgend der/die Patient/Patientin)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Heilpraktikerin für psychische Gesundheit

Frau Katharina Maria Litzfelder

Glückstatt 1, 83730 Fischbachau

Telefon: 0171 2127256

E-Mail: [vertrauedenkreislaeufen@posteo.de](mailto:vertrauedenkreislaeufen@posteo.de)

[www.himmelunderde.org](http://www.himmelunderde.org)

schließen folgenden Behandlungsvertrag.

### §1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung der/die Patient/Patientin. Die Behandlungen der Heilpraktikerin umfassen unter anderem auch wissenschaftlich und schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren.

### § 2 Versprechen auf Heilung

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gegeben wird.

### § 3 Behandlungshinweis

Der/die Patient/Patientin wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung der Heilpraktikerin eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die Heilpraktikerin unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn der Heilpraktikerin aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.

### § 4 Schweigepflicht

Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, über alles Wissen, das sie in seiner Berufsausübung über der/die Patient/Patientin erhält, Stillschweigen zu bewahren. Sie offenbart das Berufsgeheimnis nur dann, wenn der/die Patient/Patientin sie von der Schweigepflicht entbindet bzw. entbunden hat.

Ausnahme: Die Heilpraktikerin ist jedoch von der Schweigepflicht befreit, wenn sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet ist – beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen - oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist oder wird. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige.

### § 5 Sorgfaltspflicht

Die Heilpraktikerin betreut den/die Patienten/Patientin mit der größtmöglichen Sorgfalt. Sie wendet jene Heilmethoden an, die nach seiner Überzeugung und seinem Ausbildungsstand auf dem einfachsten, schnellsten und kostengünstigsten Weg zur Linderung und ggf. zur Heilung (kein Heilversprechen) der Beschwerden führen können.

### § 6 Aufklärungspflicht / Aufklärungsumfang

Die Heilpraktikerin ist verpflichtet, dem/der Patienten/Patientin in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose und die Therapie, sowie die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung. Mit seiner Unterschrift unter diesen Vertrag bestätigt der/die Patient/Patientin, dass nachfolgende Punkte umfassend besprochen wurden: Der Gesundheitszustand, die Art der Erkrankung, die Behandlungsmethode und deren voraussichtliche Dauer, die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen, Belastungen, Risiken und Erfolgchancen der Therapie.

### § 7 Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen erstatten die Behandlungskosten für HeilpraktikerInnen in der Regel nicht. Bei Privatkassen bzw. privaten Zusatzversicherung erfolgt die Erstattung von Behandlungskosten nur im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages. Es obliegt dem Patienten/der Patientin sich bei seiner/ihrer Krankenversicherung zu erkundigen. Der Honoraranspruch der Heilpraktikerin gegenüber dem Patienten/der Patientin besteht unabhängig von jeglicher Krankenversicherungsleistung und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe.

### § 8 Honorar

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 50,- € je volle Stunde (60 Minuten). Das unverbindliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) kommt nicht bzw. nur teilweise zur Anwendung. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar in bar gegen Quittung zu zahlen.

### § 9 Ausfallhonorar

Die Praxis der Heilpraktikerin wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den Patienten/die Patientin reserviert ist. Hierdurch können dem Patienten/der Patientin in der Regel die anderenorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart werden. Dies bedeutet jedoch auch, dass der Patient/die Patientin, wenn er den vereinbarten Termin nicht einhalten kann, diesen spätestens 24 Stunden im Voraus absagen muss, damit die Heilpraktikerin die für den Patienten/die Patientin vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann dem Patienten, wenn dieser den Termin nicht rechtzeitig absagt, die Vergütung unter Abzug der ersparten Aufwendungen gemäß §§ 611, 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Das Recht der außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund wird durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Ort und Datum

---

Unterschrift des Patienten/der Patientin

---

Unterschrift der Heilpraktikerin

---

## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Liebe Patientinnen und Patienten, die neue Datenschutz-Grundverordnung verlangt von mir folgende Mitteilung: Ich weise Sie darauf hin, dass die Daten, die ich von Ihnen erfasse, elektronisch gespeichert und analog aufbewahrt werden. Sie obliegen der Schweigepflicht, außer der im Behandlungsvertrag angesprochenen Ausnahmen.

### Mit Ihrer Unterschrift geben Sie mir die Einwilligung:

1. zur Datenübermittlung zur Rechnungserstellung bei der Weitergabe an die private Krankenversicherung oder Beihilfestelle zur Erstattung. (Wenn Sie dies nicht wünschen, sagen Sie mir bitte Bescheid.)
2. zur Datenübermittlung (z.B. Untersuchungsergebnisse) an mit- und/oder weiterbehandelnde TherapeutInnen oder ÄrztInnen, wenn dies zum Wohle Ihrer Gesundheit benötigt wird. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie mir hiermit auch das Einverständnis, dass ich Befunde bei anderen Heilpraktiker\*innen und Therapeut\*innen anfordern darf. (Wenn Sie dies nicht wünschen, sagen Sie mir bitte Bescheid.)

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.  
Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.**

Ort und Datum

---

Unterschrift des Patienten/der Patientin

---