

**Tobias Hopfner**  
Heilpraktiker  
Am Kirchenhölzl 8  
82166 Gräfelfing

**Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) für ambulante Leistungen in der oben genannten Praxis**

Zwischen

Frau/Herrn.....Geburtsdatum.....  
(Name und Vorname der Patientin/des Patienten)  
Straße:.....PLZ, Ort:.....  
Versicherung/Zusatzversicherung:.....  
Telefon :.....mobil:.....  
Email.....  
Wie kamen Sie auf mich?.....

und dem oben genannten Heilpraktiker.

**Abrechnungshinweise**

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH). Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der heilpraktischen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Behandlung. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen der Patientin/des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht. Dieser Behandlungsvertrag besteht rechtlich unabhängig von dem Krankenversicherungsvertrag der Patientin/des Patienten und Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten. Die derzeitige Gültigkeit des Krankenversicherungsvertrages wird hiermit von der Patientin/dem Patienten bestätigt.

Der Patientin/dem Patienten ist bekannt, dass eine Kostenerstattung durch ihre/seine Krankenversicherung möglicherweise nicht im vollem Umfang erfolgt und die verbleibenden Rechnungsbeträge von der Patientin/dem Patienten selbst zu tragen sind. Der Ausgleich der Rechnung wird fällig, wenn der/dem Zahlungspflichtigen eine nach GebÜH erstellte Rechnung übermittelt worden ist.

**Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, sonst behalte ich mir das Recht vor, den Termin privat in Rechnung zu stellen.**

**Datenschutz**

Ja, ich bin einverstanden mit der Kontaktaufnahme per Telefon / E-Mail / SMS-MMS / Messengerdienste (nicht gewünschte Kommunikationsmittel ggf streichen), sofern sie die Behandlung betreffen.

Nein, ich bin mit einer Kontaktaufnahme nicht einverstanden

.....  
Datum und Unterschrift der  
Patientin/des Patienten bzw.  
deren/dessen Bevollmächtigte/r

.....  
Datum und Unterschrift des  
Heilpraktikers