Praxis f. Osteopathie Kornwestheim
Leibnizstr. 9, 70806 Kornwestheim
www.osteopathie-kornwestheim.de
Tel.: 07154-8027340 oder 9668939

Diese Terminpraxis, ist die erste QM pro Gesundheit zertifizierte Praxis für Osteopathie in Deutschland.

Die nachfolgenden Regeln ermöglichen Ihnen und uns einen reibungslosen Ablauf.

Allg. Geschäftsbedingungen (AGB)

1. Der vereinbarte Termin wird von Ihnen per Mail innerhalb von 24 Stunden nach Vereinbarung **bestätigt oder** Sie buchen direkt **online via** t@imtable.de. Unabhängig Ihrer Bestätigung, ist Termin gültig, solange diesem nicht widersprochen wird.
2. **Terminabsagen oder -Verschiebungen *(Holistic Osteopathie & „Reset": 4 Wochen)*** sind bis maximal **72 Werktagstunden** vor dem vereinbarten Termin per Mail, Telefon oder **t@imtable** möglich. Innerhalb dieser Frist sind 50,-€ fällig und evtl. der Ausfall.
3. Bei **Nichteinhaltung des Termins** berechnen wir einen Ausfall gemäß § 615 BGB (AG Burgwedel 7 C 360/16 v. 04.10.2017) u. GVO. Bei Nichteinhalten von Ersttterminen wird von weiteren Terminen mit diesem Patienten abgesehen.
4. **Verspätungen** von mehr als 15 Minuten werden wie nicht wahrgenommene Termine behandelt.
5. Die **Abrechnung** erfolgt immer nach **Leistung** (Anamnese, Tests, behandelte Strukturen sowie Berichterstellung) und nie nach aufgewendeter Zeit.
6. Abgerechnet wird die erbrachte Leistung nach **GVO** (Gebührenverzeichnis für Osteopathie), **GVT** (Gebührenverzeichnis für osteoathische Telatherapie) für Selbstzahler und nach **GebüH** (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) für Patienten, die privat krankenversichert sind. Sie können alle Verzeichnisse auf unserer o.a. Internetseite einsehen.
7. Ob und in welcher Höhe diese Rechnung von Ihrer **Versicherung** bezahlt wird, hängt von Ihrem gewählten Tarif bei Ihrer Versicherung ab.
8. Der Rechnungsbetrag ist sofort per Bankkarte fällig. Die Rechnung wird in Ihren Account bei **t@imtable** als **Pdf hochgeladen**!
9. Unsere Behandlungen werden auf der Rechtsgrundlage des **HeilprG u. des MPhG** durchgeführt.
10. Bei **Minderjährigen** Patienten haften die **Eltern.**

Allg. Behandlungsempfehlungen (ABB)

1. Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit. Somit hat eine ganzheitliche Behandlung immer auch **Auswirkungen** auf Sie als ganze Person.
2. Unsere Aufgabe ist es nicht Krankheit zu suchen/definieren, sondern **Gesundheit zu finden**.
3. Der **Erfolg** einer ganzheitlichen Behandlung ist somit immer auch von **Ihrem Mitwirken** abhängig.
4. Erscheinen Sie **pünktlich** und in **Ruhe** & schalten Sie das **Mobiltelefon** aus.
5. Nach der Behandlung: 3 Tage **keine schweren** physischen wie psychischen **Belastungen.**
6. Zwischen den Behandlungen (gilt für die meisten):
   a. **Schlafen** Sie ausreichend und erholsam.
   b. **Trinken** Sie viel stilles & warmes Wasser.
   c. Keine **Mahlzeiten nach 19 Uhr**.
   d. **Kohlenhydratarm**e abendliche Mahlzeit.
   e. **Verzicht** auf Kuhmilchprodukte, Gluten, Alkohol, Tabak und Drogen.
   f. Tägliche Gymnastik (unsere osteopathische **Telatherapie** hilft Ihnen hier gerne weiter)
   g. Mindestens 2 wöchentliche, 20-minütige **Ausdauersporteinheiten**.
   h. Nutzen Sie evtl. **Hilfsmittel** konsequent.
7. Die **Terminvergabe richtet** sich nach Ihren physischen und psychischen **Behandlungsreaktionen**.
8. Unser Ziel ist es, mit möglichst **wenigen Behandlungen** Sie wieder in ein **Gleichgewicht** zu bringen und dort zu halten.
9. Wir arbeiten **qualitativ** & rechnen juristisch **korrekt ab**. Ein nichterstattungsfähiger Teil ist so oft gegeben.
10. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
    a. Empfehlung O
    b. Arzt/Heilpraktiker O
    c. Facebook/Google O

Die Anamnese, Befunderhebung sowie die Beratung wird mit dem Faktor 1,5 abgerechnet, um Ihrem Wunsch nach hochwertigen Leistungen und unseren Qualitätsansprüchen gerecht zu werden. Diese Leistungen sind sehr aufwendig und umfassend. Nach jahrzehntelanger Quellenarbeit vermitteln wir Ihnen einen ungewöhnlich tiefen Einblick in die funktionellen Körperabläufe. Darüber hinaus werden wir auf gar keinen Fall unsere wertvolle Zeit für eine Kommunikation mit Ihren Kostenerstattern (Beihilfe, PKV, GKV) verwenden.

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

Name: _____

Anschrift: _____

Ort/Datum/Unterschrift: _____

Bankverbindungen: VR-Bank Leonberg-Strohgäu, IBAN DE39603903000702216003, BIC GENODES1LEO

Datenschutzerklärung:

Gemäß **DSGVO** informieren wir (Verantwortlicher M. Kothe) Sie darüber (**Betroffenen Rechte**), Ihre personenbezogenen Daten zur Terminierung & Dokumentation **gemäß BGB §§ 630ff („Patientenrechtegesetz")** und Rechnungsstellung gemäß **GOBD zu** erheben, speichern/ändern und gemäß gesetzl. Bestimmungen zu ändern/ löschen/Auskunft geben.

Ihre Daten werden elektronisch verarbeitet *(Sthin Marina Brederecк, Rosengartenstraße 56, 70184 Stuttgart, Simplimed GmbH, Am Ehrenmal 19, 51588 Nümbrecht; t@imtable, Medotrain GmbH, Leibnizstr. 9, 70806 Kornwestheim; Idiag AG, Mülistrasse 18, 8320 Fehraltorf, Schweiz; VR-Payment GmbH, Saonestraße 3a, 60528 Frankfurt am Main*) und **nicht an Dritte weitergeleite**t, wenn Sie nicht ausdrücklich zustimmen. **Widerspruch** ist jederzeit möglich.

Aufsichtsbehörde: Landesdatenschutzbeauftragter des Landes BW, Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart.

Gemäß **Art. 4a DSGVO** erlaube ich diese Nutzung.

Ort, Datum: Kornwestheim, _____ Unterschrift: _____