Praxis M. Kothe
Leibnizstr. 9, 70806 Kornwestheim
www.osteopathie-kothe.de
www.osteopathie-kornwestheim.de
Tel.: 07154-8027340 oder 9668939

Holistic Osteopathie | QM pro Gesundheit | Bund Deutscher Osteopathen e.V.

Die Terminpraxis M. Kothe, 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**.
2. **Terminabsagen oder -Verschiebungen *(Holistic Osteopathie & „Reset“: 4 Wochen)*** sind bis maximal **48 Werktagstunden** vor dem vereinbarten Termin per Mail, Telefon oder **t@imtable** möglich.
3. Bei **Nichteinhaltung des Termins** berechnen wir einen Ausfall gemäß § 615 BGB (AG Burgwedel 7 C 360/16 v. 04.10.2017) u. GVO.
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, die oft zwischen 30 und 60 Minuten liegt.
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. Internetseiten einsehen.
7. Ob und in welcher Höhe diese Rechnung von Ihrer **Versicherung** bezahlt wird, hängt von Ihrem gewählten Tarif bei Ihrer Versicherung ab.
8. Es ist immer der volle Rechnungsbetrag sofort in **bar** oder per **EC-Karte** fällig und wird in Ihren Account bei **t@imtable** als **Pdf hochgeladen** (**Papierlos**)!
9. Unsere Behandlungen werden auf der Rechtsgrundlage des **HeilprG u. des MPhG** durchgeführt.
10. Bei **Minderjährigen** Patienten muss ein **Erziehungsberechtigter** anwesend sein und diese AGB unterschreiben.

Datenschutzerklärung

Gemäß **Artikel 13 EU-DSGVO** informieren wir Sie, dass wir personenbezogene Daten zur Terminierung, Dokumentation **gemäß BGB §§ 630ff („Patientenrechtegesetz“)** und Rechnungsstellung gemäß **GOBD** erheben, speichern und wieder löschen. Ihre Daten werden elektronisch verarbeitet und nicht an Dritte weiter geleitet, wenn Sie nicht ausdrücklich zustimmen. Gemäß **§ 4a EU-DSGVO** müssen Sie zu dieser Nutzung vorher einwilligen.

Ort, Datum: Kornwestheim,_____

Unterschrift:_____

Allg. Behandlungsempfehlungen (ABB)

1. Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit. Somit hat eine ganzheitliche Behandlung immer auch **Auswirkungen** auf Ihr ganzes Leben.
2. Wir werden mit unserem Arbeiten an Ihrem Körper immer auch Ihrer Seele mehr Ausdruck verleihen können und ermöglichen somit Ihrem Geist einen eigenverantwortlichen Umgang mit Ihrer Gesundheit. Unsere Aufgabe ist es nämlich nicht Krankheit zu suchen, sondern **Gesundheit zu finden**.
3. Der **Erfolg** einer ganzheitlichen Behandlung ist somit immer auch von **Ihrem Mitwirken** abhängig.
4. Vor der Behandlung:
   a. Erscheinen Sie **pünktlich** und in **Ruhe**.
   b. Das **Mobiltelefon** wird **ausgeschaltet**.
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 Wasser (Zimmertemperatur).
   c. Keine **Mahlzeiten nach 19 Uhr** (Nur noch stilles Wasser und Tee).
   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. Da wir nach höchsten **Qualitätskriterien** arbeiten und juristisch **korrekt abrechnen**, ist unser **Preis** diesen Umständen **angepasst**. Somit kann es immer auch zu einem höheren nichterstattungsfähigen Eigenanteil in der Rechnungsstellung kommen.
10. Haben Sie an folgendem Interesse **(bitte ankreuzen):**
    a. Schlafberatung O
    b. Ernährungsberatung O
    c. Ergonomieberatung (Sport, Arbeitsplatz) O
11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
    a. Empfehlung O
    b. Arzt/Heilpraktiker O
    c. Facebook/Google O
    d. Vortrag O

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: Deutsche Bank, IBAN DE 66400700240213445000, BIC DEUTDEDB400
APO Bank: IBAN: DE58300606010008226266, BIC: DAAEDEDDXXX