

## PATIENTEN-INFORMATIONEN

### **Abrechnungsmodalitäten**

Die Kosten werden nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker §612 Absatz 2 BGB** berechnet.

Hiermit bin ich darüber informiert worden, dass die Kosten für die Leistungen des Heilpraktikers von der gesetzlichen Krankenkasse **nicht** übernommen werden. Mir ist bewusst, dass die entstehenden Kosten von meiner bestehenden privaten Versicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise nur teilweise übernommen werden.

Ich wurde darüber informiert, dass auf Grund der naturheilkundlichen Diagnostik und Therapien unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlichen Diagnosen angegeben werden. Möglicherweise kann das ein Grund sein, warum heilpraktische Leistungen von Ihrer Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlungskosten unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder privaten Krankenversicherungen an den Heilpraktiker zu zahlen sind.

Für die Behandlungen werden feste Termine vereinbart. Mir ist bewusst, dass ich 24 Stunden vor dem Termin absagen muss. Bei allen späteren Absagen oder für den Fall, dass Sie den Termin ohne vorherige Mitteilung verfallen lassen, werden für die nicht durchgeführten Behandlung vereinbarte Honorare eingefordert. Dies gilt nicht bei Vereinbarungen von Ersatzterminen und bei unverschuldeten Ereignissen.

### **Einverständniserklärung**

**Hiermit bin ich mit den Zahlungsmodalitäten einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **HINWEISE Chiropraktik / Chiropressur und osteopathischen Techniken:**

Im Urteil des OLG Düsseldorf vom 08.03.93 302/91 wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekt Durchführung der Manipulation der oberen Halswirbelsäule, es zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein. Um das Risiko auf ein Mindestmaß zu reduzieren werden bei entsprechenden Risikofaktoren grundsätzlich Röntgenaufnahmen vor einer Behandlung hinzugezogen.

Anhand von umfangreichen neurologischen und orthopädischen Untersuchungen können Risikofaktoren im Vorfeld festgestellt werden. In diesen Fällen wird von chiropraktischen Leistungen abgesehen.

In der Praxis Schütza werden nur Low-Force-Techniken (wenig Impulse) und osteopathische Non-Force-Techniken (kein Impuls) benutzt, was das Risiko erheblich mindert.

### **Einverständniserklärung für den o.g. Sachverhalt**

- Hiermit bestätige ich, dass ich ausdrücklich mit der Behandlung einverstanden bin.
- Hiermit bestätige ich, dass ich über die Risiken informiert worden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **HINWEISE ZUR NEURALTHERAPIE**

Die Neuraltherapie ist eine Regulationstherapie, mit dem Ziel Fehlfunktionen des Organismus zu normalisieren. Hierzu wird Procain 1% als örtliches Betäubungsmittel gespritzt.

Die normale Zelle hat ein Strompotential von 90 Millivolt. Eine Procain-Injektion bewirkt für 20 Minuten eine Steigerung des Strompotentials auf 290 Millivolt. Diese Steigerung macht man sich an den Stellen zu nutze, wenn das Strompotential in der Zelle weit unter oder weit über dem oben genannten Wert liegt, bei sogenannten Störfeldern. Durch Procain kommt die Zelle wieder auf ein normales Lebensmilieu zurück.

Procain wirkt:

Generell auf das vegetative Nervensystem, entweder anregend oder dämpfend.

Es wirkt schmerzstillend, fiebersenkend und krampfmildernd.

Es wirkt gefäßdichtend und gefäßerweiternd und ist damit ein gutes Therapeutikum für Herz und Kreislauf.

Es stabilisiert das Nervensystem, setzt die Reizschwelle herauf.

Es regt die Harnausscheidung an und normalisiert den Hormon- und Stoffwechsel-Haushalt.

### **Achtung:**

In einzelnen Fällen kann es zu **Überempfindlichkeitsreaktionen** oder zu **allergische Reaktionen** gegen Procain kommen. Auch gab es Fälle, bei denen sich die Einstichstellen entzündet haben.

**Zeichen einer überempfindlichen oder allergischen Reaktion sind:**

Übelkeit, Unruhe, Angstzustände, Zittern, Muskelzuckungen, Seh- und Sprachstörungen bis hin zu einem anaphylaktischen Schock.

Auf Grund der Sorgfaltspflicht, wird die Verträglichkeit vor Anwendung ausgetestet.

## **Einverständniserklärung**

**Hiermit bestätige ich, dass ich über die Risiken informiert worden bin.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift