

## Behandlungsvertrag -HEILPRAKTIK

für Privatversicherte



# IMKE GÖTZ

Kompetenzzentrum  
für Körper & Bewusstsein

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Herzlich willkommen im Heilpraktikerbereich meiner Privatpraxis!

Herzlichen Dank, dass Sie sich für eine Behandlung bei mir entschieden haben. Ich gebe mein Bestes, um Sie in Ihrem Gesundheitsprozess zu unterstützen. Nachfolgende Zeilen dienen der Klarheit in unserem Umgang miteinander. Desweiteren benötige ich an einigen Stellen Ihre Einwilligung. Mir ist eine offene und ehrliche Kommunikation vor, während und nach der Behandlung sehr wichtig.

#### Information zur Abrechnung und Behandlungskosten:

Die von mir erbrachten Leistungen berechne ich angelehnt an die GebÜH (Gebührenverordnung der Heilpraktiker).

Heilpraktiker/Osteopathie Ersttermin (60 min.): **103 - 105 Euro.**

Heilpraktiker/Osteopathie Folgetermine: **95 - 97 Euro.**

Coaching Stunde: 60 Min. **115 Euro**

Die 60 Min. bestehen aus 50-55 Min. Behandlung und 5-10 Min. digitale/analoge Dokumentation.

**Im Falle einer längeren Behandlung** an dem Behandlungstag, also länger als vorab vereinbart war, **erhöhen sich dementsprechend die Behandlungskosten.**

Alle Rechnungen für die Behandlungen werden aus den u. g. Positionen zusammengesetzt. Die Preise finden Sie in der untenstehenden Tabelle. Ich **möchte Sie anregen sich mit Ihrer Versicherung auszutauschen**, damit Sie Klarheit darüber haben, wie Ihr Eigenanteil an den Behandlungskosten ist.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass Sie als Vertragspartner-aufgrund unzureichender Erstattung durch Ihre Versicherung- Ihrerseits Abzüge vornehmen.

Ich habe Verständnis, wenn Sie im Ausnahmefall nicht pünktlich zum vereinbarten Termin kommen können oder ihrerseits den Termin vorzeitig beenden wollen. Gleichzeitig weise ich Sie darauf hin, dass ich dennoch die vereinbarte Gesamtbehandlungszeit berechne.

[www.imke-goetz.de](http://www.imke-goetz.de)

Kompetenzzentrum für Körper & Bewusstsein

Imke Götz

Marktplatz 17

91710 Gunzenhausen

Tel. 09831 1840

E-Mail: [rezeption@imke-goetz.de](mailto:rezeption@imke-goetz.de)

St.Nr.:220/221/500 18

VR Bank im südlichen Franken

DE 34 7659 1000 0207 1793 32

BIC: GENODEF1DKV

| <b>Abr. Nr.</b> | <b>Gebüh Nr. und Name der Leistung</b>               | <b>Preis</b> |
|-----------------|--|--------------|
| 1               | Untersuchung   | 20 €         |
| 3               | Kurze Info auch mittels Telefon, Rezeptausstellung   | 4 €          |
| 4               | Eingehende Beratung                                  | 22 €         |
| 5               | Beratung mittels Telefon, ggfs. kurzer Untersuchung  | 10 €<br>20 € |
| 6               | Beratung wie bei 5 außerhalb der normalen Sprechzeit | 24 €         |
| 11.3            | individueller Ernährungsplan klein                   | 15 €<br>25 € |
| 17.1            | Neurologische Untersuchung                           | 25 €         |
| 19              | Körperpsychotherapeutisches Gespräch                 | 25 €         |
| 20.1            | Atemschulung   | 20 €         |
| 20.2            | Nervenzpunktmassage                                  | 8 €          |
| 20.3            | Bindegewebsmassage                                   | 20 €         |
| 20.4            | Teilmassage  | 10 €         |
| 20.5            | Großmassage  | 18 €         |
| 20.6            | Sondermassage  | 20 €         |
| 20.7            | Behandlung mit medico-mechanischen Apparaten         | 25 €         |
| 20.8            | Einreibung   | 8 €          |
| 21              | Akupunkturbehandlung                                 | 26 €         |
| 27.3            | Schröpfkopfbehandlung                                | 8 €          |

| <b>Abr. Nr.</b> | <b>GebüH Nr. und Name der Leistung</b>   | <b>Preis</b> |
|-----------------|--|--------------|
| 33.2            | Elastischer Stütz- Pflasterverband (Tape klein)<br>(Tape groß)                                       | 10 €<br>13 € |
| 34.1            | Chiropraktische Behandlung   | 15 €         |
| 34.2            | gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule   | 17 €         |
| 35.1            | osteopathische Kieferbehandlung  | 15 €         |
| 35.2            | osteopathische Behandlung der Schulter   | 17 €         |
| 35.3            | osteopathische Behandlung der Handgelenke/ der<br>Ober-/Unterschenkel/ der Unterarme/ der Fußgelenke | 17 €         |
| 35.4            | osteopathische Behandlung der Schlüsselbeine/der Knie  | 15 €         |
| 35.5            | osteopathische Behandlung der Daumen   | 13 €         |
| 35.6            | osteopathische Behandlung der Zehen  | 13 €         |
| 38.1            | Naturmoorpackung   | 40 €         |
| 39.6            | Infrarotlicht/Heißluft 8 Min.  | 10 €         |
| HYG             | Hygieneepauschale  | 1,50 €       |
|                 | <b>Coaching Stunde</b> - 60 Min.<br>(kann nicht über die GebüH abgerechnet werden)                   | 115 €        |

**WICHTIG: Informationen zur Terminvereinbarung und -absage:**

Meine Praxis führe ich nach dem Bestellsystem, d.h. die Behandlungen erfolgen nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen oder auf Grund Ihrer Online Buchung via

**Appointmed** (vorher Doctolib)

Die vereinbarte Behandlungszeit wird ausschließlich Ihnen vorbehalten.

Wenn Sie einen **Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte bis spätestens 12 Stunden vorher ab.** Mein **Anrufbeantworter (09831 1840)** hat Tag und Nacht ein offenes Ohr für Sie und nimmt Ihre Nachricht wie auch mein **E-mail Postfach (rezeption@imke-goetz.de)** gerne entgegen.

**Terminerinnerung oder -absage durch uns:**

Gerne erinnern wir Sie per Appointmed über die von Ihnen gewählte Kontaktart (Mail/SMS an Ihren Termin. Wenn wir von unserer Seite Ihren Termin verschieben, werden wir Sie auch über diesen Weg oder telefonisch benachrichtigen. Bitte überprüfen Sie dazu regelmäßig Ihren Posteingang.

**Fehlende Terminabsage:**

Wenn Sie den vereinbarten Termin **nicht spätestens 12 Stunden vor Behandlungsbeginn** absagen oder ihn aus persönlichen Gründen nicht einhalten können, weise ich Sie auf Eintritt des Annahmeverzuges nach § 615 BGB hin. Die Höhe der **Ausfallgebühr** bemisst sich dabei an dem bei Annahmeverzug der für die Behandlung vereinbarten Vergütung. Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden in Abzug gebracht.

Der von Ihnen **nicht wahrgenommene Termin wird nicht mit dem Rezept verrechnet**, da nicht die Versicherung für den Ausfall verantwortlich ist. Daher stellen wir Ihnen den versäumten Termin in Rechnung. Aus Fairnessgründen und rechtlichen Gründen möchte ich Sie bitten, dies zur Kenntnis zu nehmen.

**Information zur Patientenaufklärung:**

Sie sind in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt oder von mir als Heilpraktikerin über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten in Hinblick auf die Diagnose und Therapie informiert worden. Wenn Sie diese Informationen nicht, nicht ausreichend oder nicht verständlich erhalten haben, obliegt es Ihrer Verantwortung, sich fehlende Informationen für Ihren Gesundheitsprozess einzuholen.

**Einverständniserklärung:**

Hiermit bestätige ich den Behandlungsvertrag und die vorstehenden Informationen zur Aufklärung und zum Datenschutz erhalten und gelesen zu haben und willig ausdrücklich ein.

Des Weiteren erkläre ich mich mit den Geschäftsbedingungen einverstanden und stimme diesen zu. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

**Ort, Datum Unterschrift des Patienten /Erziehungsberechtigten**

**1. Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen und ggfs. seines Datenschutzbeauftragten**

Diese Datenschutzhinweise gelten für die Datenverarbeitung durch:

Kompetenzzentrum für Körper & Bewusstsein IMKE GÖTZ Marktplatz 17 91710 Gunzenhausen E-Mail: rezeption@imke-goetz.de

**Meinen Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter folgenden Kontaktdaten:

KÜHLEIS GROUP, Stefan Kühleis, Hubertusstraße 14, 91710 Gunzenhausen,  
E-Mail: info@kuehleisgroup.de

**2. Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten sowie Art und Zweck und deren Verwendung**

Wenn Sie mich beauftragen, erhebe ich folgende Informationen:

• Anrede, Vorname, Nachname/ eine gültige E-Mail-Adresse/Anschrift/Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk) / Informationen, die für die Durchführung des Auftrages erforderlich sind

Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

• um Sie als meinen Auftraggeber identifizieren zu können / um den Auftrag durchführen zu können/ zur Korrespondenz mit Ihnen und zur Rechnungsstellung/ zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie.

- für den Versand meines Newsletters **“LEBENS-Impulse” (Bitte ankreuzen)**

**ich stimme zu, meine E-Mail lautet:** \_\_\_\_\_  ich stimme nicht zu .

Sie können den Newsletter jederzeit unter “rezeption@imke-goetz.de” abbestellen.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihre Anfrage hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b

DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Bearbeitung des Auftrags und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen aus dem Vertrag erforderlich. Die von mir erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zur vollständigen Abwicklung und Abrechnung des Vertrages gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass ich nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (aus HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet bin oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

**3. Weitergabe von Daten an Dritte**

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt. Soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Vertragsverhältnisses mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Hierzu gehört die Weitergabe zur Geltendmachung und Verteidigung Ihrer Rechte. Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden.

**4. Betroffenenrechte** Sie haben das Recht:

• gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber mir zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass ich die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen darf;

• gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von mir verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei mir erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;

• gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei mir gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;

• gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei mir gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;

• gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und ich die Daten nicht mehr benötige, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;

• gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie mir bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und

• gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Zuständige Aufsichtsbehörde in datenschutzrechtlichen Fragen ist der Landesdatenschutzbeauftragte Bundeslandes, in dem der Heilpraktiker seinen Sitz hat. Eine Liste der Datenschutzbeauftragten sowie deren Kontaktdaten können folgendem Link entnommen werden: [https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html).

**5. Widerspruchsrecht**

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an: rezeption@imke-goetz.de

Name: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_

Ich danke Ihnen, dass Sie sich für mich entschieden haben. Ich gebe mein Bestes, um Sie in Ihrem Gesundheitsprozess zu unterstützen. Nachfolgende Zeilen dienen der Klarheit in unserem Umgang miteinander. Desweiteren benötigen wir an einigen Stellen Ihre Einwilligung. Mir ist eine offene und ehrliche Kommunikation vor, während und nach der Behandlung sehr wichtig.

### **Informationen über meine Behandlungen:**

In meinen Behandlungen arbeite ich vorrangig als Impuls®-Körper-Gestalt-Coach. Was heißt das konkret für Sie? Osteopathische Techniken und Sichtweisen verbinde ich mit körperpsychotherapeutischer Gesprächsführung, die die zentralen Elemente der Gestalttherapie beinhaltet. Die zielbezogene Begleitung auf Zeit unterstützt Sie Situationen klarer zu verstehen, daraus Ihre Potenziale zu erkennen und diese in Ihrem Leben zielgerichtet zu entfalten.

Zur Befunderhebung erhalten Sie bei der Anmeldung einen umfangreichen Anamnesebogen, den Sie mir bitte bis einen Tag vor der Behandlung zurückschicken, damit ich mich auf Sie optimal vorbereiten kann.

Aus den Erkenntnissen des Erstbehandlungstermins und aus Ihrem Befinden am Behandlungstag ergibt sich die Vorgehensweise, vorausgesetzt, dass Sie sich dem öffnen wollen. Dazu ist die Beziehung zwischen Ihnen und mir entscheidend. An dieser Stelle ist mir wichtig zu sagen, dass Sie nichts müssen. Sie sind in jedem Behandlungsaugenblick frei zu entscheiden. Darum ist meine Bitte an Sie, lassen Sie mich an Ihren Impulsen oder evtl. Bedenken teilhaben, da diese genau das Wertvolle und Nützliche für Sie sein können. Alles ist mit Allem verbunden, d.h. Körper und Psyche sind nicht trennbar und brauchen deswegen aktive Zuwendung im Hier und Jetzt. Aus dem Grund heraus ergibt sich oft eine Mischung aus der Vielzahl meiner Methoden, Erfahrungen und aus Ihrem aktuellen Tagesbefinden.

**Osteopathie** ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Ich untersuche und behandle Sie mit meinen Händen im Bereich des Muskel-Skelett- und Eingeweidesystem sowie im Cranio (Kopf)- Sacral (Kreuzbein) Bereich. Zarte sanfte Griffe wechseln sich mit tiefer gehenden Griffen ab. Dabei betrachte ich Sie in Ihrer Gesamtheit.

**Körperpsychotherapie** mit dem Herz der Gestalttherapie: Gestalttherapie arbeitet mit Ihrem aktuellen Befinden. Ich unterstütze Sie durch Aufnehmen all Ihrer Impulse kreative Lösungen zu initiieren mittels Experimente mit Stimme, Körper und Bewegung. In diesem Falle führe ich Sie durch ihren individuellen Prozess, der zum Ziel hat Klarheit in Ihrer persönlichen Situation zu erlangen und Ihnen neue Handlungsschritte ermöglicht.

Mit der **Akupunktmassage nach Penzel** behandle ich Sie auf der Ebene der Meridiane. Narben (Verletzungen, Operationen, Entzündungen) und Gefühlserlebnisse können im Körper zu Energiefülle als auch zu Energieleerezuständen führen, die zu Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen auslösen können. Das Ziel ist diese energetische Dysbalance auszugleichen.

**Mögliche Indikationen für meine Behandlungen:**

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems
- Funktionsstörungen im Meridiansystem (energetischen System)
- Emotionales Ungleichgewicht, Stimmungsschwankungen, Psychosomatische Beschwerden

**Gegenanzeigen/Kontraindikationen:**

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Folgende Diagnosen/Symptome sind als Primärbehandlung für meine Behandlungen als Heilpraktikerin kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

**Mögliche Risiken der Behandlung:**

- Muskelkaterähnliche Schmerzen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen, Veränderung der Verdauung

**Mögliche Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:**

- Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1. 2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Wenn Sie zu den Menschen gehören mit einer klinisch gesicherten psychotischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie), teile ich Ihnen mit, dass ich für Ihr Erkrankung nicht ausgebildet bin. Da mir Ihr Wohlbefinden am Herzen liegt, bitte ich Sie sich in eine fachärztliche oder -therapeutische Behandlung zu begeben.

**Meine individuellen Risikofaktoren:**

Eine Gewähr für einen Erfolg kann von mir als Heilpraktikerin nicht übernommen werden.

**Bestätigung und Einwilligung.**

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gem. obigem Text durch Frau Imke Götz, über die Untersuchung und Behandlung mittels vorheriger Methoden (s.o.) aufgeklärt worden zu sein. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort Frau Götz bzw. einen Arzt verständigen. Ich willige in die Behandlungen von Frau Götz als Heilpraktikerin ein.

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten**

Stand 01.05.24

Kompetenzzentrum für Körper & Bewusstsein

[www.imke-goetz.de](http://www.imke-goetz.de)

Imke Götz

Tel. 09831 1840

VR Bank im südlichen Franken

Marktplatz 17

E-Mail: [rezeption@imke-goetz.de](mailto:rezeption@imke-goetz.de)

DE 34 7659 1000 0207 1793 32

91710 Gunzenhausen

St.Nr.:220/221/500 18

BIC: GENODEF1DKV