

*Was nützt mir der Erde Geld? Kein kranker Mensch genießt die Welt!*

Johann Wolfgang von Goethe

## Honorarvereinbarung

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Leistungen nicht/nicht vollständig von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens anderer Kostenträger gewährleistet ist. Das gilt für die private Krankenversicherung ebenso wie für die Beihilfe.

Aufgrund der Vielzahl der Verträge und Versicherungsbedingungen sind allgemeine Aussagen dazu nicht möglich.

Es ist daher denkbar, dass Sie die gesamten Behandlungskosten bzw. einen Teil privat tragen müssen.

Der Vergütungsanspruch des Heilpraktikers ist aber unabhängig von der Erstattung durch Dritte. Es obliegt Ihrer Verantwortung, sich bereits vor der Behandlung bei den Kostenträgern zu informieren, ob und in welcher Höhe eine Erstattung erfolgen kann.

Die Erstuntersuchung/-behandlung wird mit einem festen Honorarsatz in Rechnung gestellt. Der Honorarsatz beträgt 90,00 Euro/Stunde. Die Kostenermittlung erfolgt dann auf dieser Basis zeitanteilig je angefangene fünfzehn Minuten.

Eine Therapieplanerstellung wird mit einer halben Zeitstunde separat in Rechnung gestellt.

Sonstige Beratungsleistungen wie z.B. Telefonate oder Folgetermine werden ebenfalls zeitanteilig je angefangene fünfzehn Minuten mit dem festen Honorarsatz in Rechnung gestellt. Erfolgt in der Nachbereitung eine Ausarbeitung einer Therapieplanerstellung/-anpassung, wird die für diesen Zweck benötigte Zeit gleichermaßen zeitanteilig je angefangene fünfzehn Minuten in Rechnung gestellt.

Die Rechnungsstellung für in Auftrag gegebene Laborerhebungen erfolgt in der Regel direkt durch das beauftragte Labor. Sie sind kein Bestandteil des gewählten Honorarsatzes.

Aus gegebenem Anlass möchte ich darauf hinweisen, dass Terminabsagen nur telefonisch erfolgen können. Erfolgt eine Terminabsage nicht spätestens 24 Stunden vorher, wird der Termin mit 45,00 Euro in Rechnung gestellt.

**Ich habe verstanden, dass bei Behandlung/Untersuchung auf biologisch-medizinischer Basis nicht oder nicht vollständig erstattet werden können und wünsche dennoch die Durchführung.**

Ort / Datum -----

Unterschrift -----

Patient / bzw. gesetzlicher Vertreter