

**Michael Sonntag**  
**prakt. Arzt**  
Chirotherapie, Homöopathie  
Marktstr. 24  
97450 Arnstein

Behandlungsvertrag über die Erbringung von  
Anamnesen, Beratungen und Untersuchungen  
der Komplementärmedizin in unserer Praxis

(= die Schulmedizin ergänzende ganzheitsmedizinische Leistungen)

**1. Information:**

Anamnesen, Beratungen und Untersuchungen im Bereich der **Komplementärmedizin** sind in unserer Praxis ärztliche Leistungen, die den Rahmen der notwendigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgung (= kassenüblicher Versorgung) überschreiten, und damit nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht auf Kassenkosten erbracht werden können. Diese Leistungen können kinesiologische Testungen sein oder vertiefende Beratungen zu Hintergründen des Krankheitsgeschehens betreffen, wie zum Beispiel: Krankheitsursachen aus Sicht der Homöopathie, der Traditionellen chinesischen Medizin, der orthomolekularen Medizin (betrifft vor allem Vitamin- u. Mineralstoff-Therapien), Einflüsse von Umweltfaktoren und Schädigungen durch Giftstoffe, die aufgenommen wurden.

**2. Kosten:**

Die Kosten werden nach der ärztlichen Gebührenordnung GOÄ in Rechnung gestellt. Es wird analog nach der GOÄ-Ziffer 30 abgerechnet. Der Steigerungsfaktor richtet sich nach dem Zeitaufwand.

**Kostenbeispiele:**

1 min. Zeitaufwand	Faktor 0,048 x 52,46 € (= GOÄ-Ziffer 30) =	2,50 €*
5 min. Zeitaufwand	Faktor 0,238 x 52,46 € (= GOÄ-Ziffer 30) =	12,50 €*
15 min. Zeitaufwand	Faktor 0,715 x 52,46 € (= GOÄ-Ziffer 30) =	37,50 €*
30 min. Zeitaufwand	Faktor 1,430 x 52,46 € (= GOÄ-Ziffer 30) =	75,00 €*
60 min. Zeitaufwand	Faktor 2,859 x 52,46 € (= GOÄ-Ziffer 30) =	150,00 €*

(\*Eurobetrag auf volle 10 ct auf-/abgerundet)

**3. Aufklärung:**

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass diese Leistungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

**4. Einverständnis:**

Ich bin mit der geplanten ärztlichen Leistung einverstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, mir meine Entscheidung dafür zu überlegen. Über die Kosten (siehe Punkt 2) wurde ich vor der Behandlung informiert.

Dieses Einverständnis gilt auch für zukünftige Leistungen dieser Art. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Arnstein, den (Datum sh. Adresskopf) .....  
(Unterschrift)

Kinesiologie/Komplementärmed & qm, geb.: 09.01.14,