

Behandlungsvertrag Kinesio-Tape

zwischen Arztpraxis:

Familienpraxis am Theater Ahl / Schmidt / Witt

& Patient*in:

Name: _____

Anschrift: _____

Geb.Datum: _____



1. Vertragsgegenstand

Die geschulte MFA erbringt Leistungen im Bereich **Kinesio-Taping**. Dabei handelt es sich um eine unterstützende, komplementäre Behandlungsmethode, die den Heilungsprozess begleiten und fördern kann.

Dem Patienten ist bekannt, dass Kinesio-Taping keine schulmedizinisch anerkannte Behandlungsmethode im engeren Sinne ist und die Wirkung individuell unterschiedlich ausfallen kann.

2. Behandlungsausschluss

Die MFA weist darauf hin, dass eine Behandlung mittels Kinesio-Taping:

- keine ärztliche Untersuchung oder Behandlung ersetzt,
- keine Heilungszusage darstellt,
- bei bestimmten Krankheitsbildern (z. B. offenen Wunden, Hauterkrankungen, Thrombosen, Allergien gegen Kleber oder Pflastermaterial) nicht angewendet werden darf.

Der Patient verpflichtet sich, der MFA vor Beginn der Behandlung über bekannte Erkrankungen, Allergien oder andere gesundheitliche Einschränkungen zu informieren.

3. Honorar / Kosten

- Das Honorar für die Behandlung beträgt **(5€ Tape mini), (15€ Tape klein), (25€ Tape groß)** pro Sitzung. Die Preise werden festgelegt anhand der Anamnese.
- Die Abrechnung erfolgt per **EC-Zahlung** nach der Behandlung direkt in der Praxis.
- Eine Erstattung durch gesetzliche oder private Krankenkassen kann nicht zugesichert werden und ist vom Patienten selbst zu klären.

4. Terminvereinbarung / Ausfall

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht mindestens **24 Stunden** vorher per E-Mail abgesagt, behält sich die Arztpraxis vor, den vollen Behandlungspreis in Rechnung zu stellen.

5. Haftung

Die Behandlung erfolgt nach bestem Wissen und Gewissen. Eine Haftung für den Erfolg oder für nicht vorhersehbare Reaktionen des Körpers auf das Taping wird ausgeschlossen. Die Haftung der Arztpraxis ist auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt.

6. Datenschutz

Die im Rahmen der Behandlung erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung verwendet und gemäß den gesetzlichen Vorschriften aufbewahrt.

7. Schlussbestimmungen

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____