

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG gemäß Art. 7 DSGVO:

Patient: Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Einwilligung zur Verarbeitung der Gesundheitsdaten

Ich / wir bin / sind damit einverstanden, dass die **Heilpraktikerpraxis Thomas Früchtl** Daten zu meiner Gesundheit bzw. der Gesundheit meines/unseres Kindes (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung bzw. der Behandlung meines Kindes erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung der Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer elektronischen Patientenakte und ggf. in Papierform.

Hinweise:

1. Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen - nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.
2. Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber uns **widerrufen**. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (*d.h. die bis dahin erhobenen Daten bleiben bis zum Ende der Aufbewahrungspflicht - i. d. R. 10 Jahre, in Einzelfällen auch länger - gespeichert*).. Wir führen die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.
3. Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.
4. Die Praxis übersendet den **Schriftverkehr an Sie** (also Ihre Befunde, Rechnungen, und sonstige Nachrichten an Sie über Ihre Behandlung) i. d. R. als **email** (datenschutzkonform als verschlüsseltes PDF mit passwortgeschütztem Downloadlink). Wir versenden keine Werbung o.ä. **Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie hiermit ein. Falls Sie das nicht wünschen, können Sie hier ankreuzen:**

- Nein, ich möchte alle Nachrichten an mich (Befunde, Rechnungen und sonstige behandlungsrelevante Infos per Brief und nicht per email erhalten.**
- Nein, ich möchte nur die Rechnungen per Brief erhalten, den Rest per email**

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter

Aufnahmebogen

Patient: Name, Vorname:							
bei Minderjährigen: bitte Name, Anschrift, Telefon beider Erziehungsberechtigten (falls abweichend)	Vater: Mutter: besteht gemeinsames Sorgerecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein. Inhaber d. Sorgerechts: Die andere erziehungsberechtigte Person hat Kenntnis über diesen Termin und ist mit der Behandlung einverstanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Geburtsdatum, -Ort							
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers/sonstiges:						
Strasse, Hausnummer							
PLZ, Ort:							
Telefon / Handy:							
Email-Adresse:							
Beruf:							
Hobbies:							
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse / Selbstzahler <input type="checkbox"/> private Zusatzvers. <input type="checkbox"/> private Vollversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt						
Zahlungsmethode:	<input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> ec-Kartenzahlung <input type="checkbox"/> per Überweisung nach Rechnungsstellung						
Weswegen suchen Sie mich auf?							
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Medikament</th> <th style="width: 33%;">Dosis</th> <th style="width: 33%;">Zeitpkt. d. letzten Einnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Medikament	Dosis	Zeitpkt. d. letzten Einnahme			
Medikament	Dosis	Zeitpkt. d. letzten Einnahme					

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten?	gegen (auch Medikamente): Reaktion:
Haben Sie chronische Erkrankungen / Vorerkrankungen?	welche?
Hatten Sie bereits Operationen? Welche? Wann?	
Erkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen <input type="checkbox"/>
Impfstatus:	<input type="checkbox"/> durchgeimpft <input type="checkbox"/> vollständig ungeimpft <input type="checkbox"/> teilweise, siehe Impfbuch <input type="checkbox"/> Covid-19 1. Impfung, wann: <input type="checkbox"/> Covid-19 2. Impfung, wann:
aufgetretene Impfreaktionen	<input type="checkbox"/> nein, alle Impfungen gut vertragen <input type="checkbox"/> ja, nach folgender Impfung traten Reaktionen auf: <input type="checkbox"/> Impfreaktion wurde gemäß gesetzlicher Meldepflicht durch den Therapeuten gemeldet
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja, wieviel? <input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja, wieviel? <input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja, wieviel? <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einer ansteckenden Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welche?
Haben Sie derzeit Anzeichen einer Erkältung oder Symptome der COVID-19 Erkrankung („Corona“)?	z. B., Fieber, trockener Husten, Brustschmerz, Abgeschlagenheit, Geschmacksstörungen, Geruchsstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall?	in den letzten 14 Tagen, bzw. besteht derzeit eine Quarantäneanordnung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine Infektion mit resistenten Erregern festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welche?
Hausarzt:	
verweisender Arzt oder Heilpraktiker:	

**Wie sind Sie auf meine
Praxis aufmerksam ge-
worden?**

- Internet
- Empfehlung Herr / Frau _____
- sonstiges:
- ich bin / war Patient von Frau HP Anna Kränzle

Herzlichen Dank. Ihre Angaben werden gemäß den Vorschriften zum Datenschutz vertraulich behandelt. Es gilt die gesetzliche Schweigepflicht.

Einwilligung in die Behandlung und Information

I – Behandlung

Der/die Patient/in nimmt beim Heilpraktiker eine heilkundliche Behandlung mit naturheilkundlichen Heilverfahren einschließlich der notwendigen Diagnostik- und Testverfahren in Anspruch. Es können Verfahren Anwendung finden, denen eine wissenschaftliche / schulmedizinische Anerkennung fehlt. Der Heilpraktiker erbringt seine Dienste nach dem fachlichen Standard eines Heilpraktikers. Die Behandlungsmethoden beruhen jeweils auf einem nach naturheilkundlichen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz.

II – Vergütung und Bezahlung

Es gelten die Sätze des in der Anlage beigefügten **Praxiseigenen Honorarverzeichnisses**, das sich an das herkömmliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) anlehnt, aber die dortigen Beträge ggf. überschreiten kann.

Der/die Patient/in wurde informiert, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen für ihre Kosten selbst aufkommen müssen.

Eine Erstattung der Vergütung durch andere Erstattungsstellen (Private Krankenversicherung, Beihilfestellen) ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Der Rechnungsbetrag ist per Bar- oder Kartenzahlung bzw. per Überweisung 14 Tage nach Erhalt der Rechnung vollständig zu begleichen, unabhängig von Zeitpunkt und Höhe einer eventuellen Erstattung durch die Versicherung.

III – Ausfallhonorar

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen schuldet der/die Patient/in dem Heilpraktiker das im Praxisverzeichnis aufgeführte Ausfallhonorar. Der Ausfallbetrag ist sofort fällig. Verspätet sich der Patient mehr als 15 Minuten, besteht kein Anspruch auf Durchführung der Behandlung. Das Ausfallhonorar ist auch in diesem Fall sofort fällig.

Die vorstehenden Zahlungsverpflichtungen treten **nicht** ein, wenn der/die Patient/in **mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am (rechtzeitigen) Erscheinen verhindert ist**. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.

IV – Schweigepflicht

Der Heilpraktiker bewahrt über alle therapeutisch relevanten Umstände, die ihm in Ausübung seines Berufes über den/die Patienten/in bekannt werden Verschwiegenheit. Ausgenommen sind gesetzliche Offenbarungspflichten, bspw. aus dem Infektionsschutzgesetz.

V – Mitteilungspflicht des/der Patienten/in

Der/die Patient/in verpflichtet sich, den Heilpraktiker wahrheitsgemäß über anderweitige in zeitlichem Zusammenhang erfolgende **Behandlungen durch Dritte** und über **Medikationen** zu unterrichten (auch selbständig gewählte Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel), ebenso über erfolgte **Diagnosen** und bekannte **Medikamentenunverträglichkeiten**.

Der Heilpraktiker weist darauf hin, dass bei Verschweigen einer solchen Behandlung ein erhebliches Gesundheitsrisiko für den/die Patienten/in bestehen kann. Die Kenntnis dieser Umstände ist für eine fachgerechte Ausübung der heilkundlichen Leistung des Heilpraktikers zwingend erforderlich. Andernfalls kann es (z.B. aufgrund von Kontraindikationen einzelner Verfahren) zu risikoträchtigen Komplikationen im Behandlungsverlauf kommen.

VI – Schulmedizinische / allopathische Medikamente

a) **Heilpraktiker dürfen weder verschreibungspflichtige Medikamente verordnen noch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen. Hierzu wenden Sie sich bitte an einen Arzt.**

b) **Absetzen von schulmedizinischen / allopathischen Medikamenten:** der Heilpraktiker weist den/die Patienten/in darauf hin, dass ein Absetzen beziehungsweise eine Reduktion der verordneten schulmedizinischen Medikamente nur nach Rücksprache mit dem entsprechenden Arzt/Therapeuten erfolgen darf. Dies ist deshalb erforderlich, weil mit dem unkontrollierten Absetzen beziehungsweise mit der unkontrollierten Reduktion unerwünschte Nebenwirkungen (wie zum Beispiel erhebliche Entzugserscheinungen, Wiederauftreten des ursprünglichen Beschwerdebildes, anhaltende psychovegetative Beschwerden) verbunden sein können.

Der Heilpraktiker gibt diesbezüglich keine Empfehlungen und übernimmt keine Verantwortung für Nebenwirkungen, die in Verbindung zu allopathischen Medikamenten stehen.

VII – Weitere Hinweise

a) Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten / der Patientin werden in einer elektronischen Patientenakte erhoben und gespeichert, ggf. ergänzt durch Papierdokumente.

b) Die Patientin/der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung eine ärztliche Therapie nicht in allen Fällen ersetzen kann. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker dies der Patientin/dem Patienten unverzüglich mitteilen.

VIII – Anlagen

Die folgenden Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung:

- Merkblatt „wirtschaftliche Aufklärung“ inkl. Praxiseigenem Honorarverzeichnis
- Patientenaufklärungsbogen über die jeweilige Therapie

IX – Einwilligung

Ich/wir bestätige/n, mit den vorgenannten Punkten einverstanden zu sein, und von dem Heilpraktiker persönlich ausführlich und mündlich über die Risiken und Grenzen der geplanten Therapie aufgeklärt worden zu sein.

Ich/wir wurde/n auch auf die allgemein üblichen schulmedizinischen Behandlungsalternativen hingewiesen.

Insbesondere wurde/n ich/wir hingewiesen auf:

Mit meiner Unterschrift willige ich in die obigen Punkte und in die Behandlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter

Anlage zur Behandlungsvereinbarung „wirtschaftliche Aufklärung“

Wichtiger Hinweis zum Honorar und der Erstattung durch Leistungsträger

In der folgenden Tabelle gebe ich Ihnen Auskunft über meine Honorare. Bitte beachten Sie Folgendes:

Es existieren **keine** gesetzlichen Vorgaben für die Vergütung einer Heilpraktikerbehandlung, z.B. in Form einer staatlichen Gebührenverordnung. Private Krankenversicherungen oder Beihilfeträger begrenzen ihre Erstattungen oftmals auf bestimmte Sätze. Hierbei orientieren sie sich insbesondere am „Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker“. Hierbei handelt es sich um eine Liste mit den statistischen Durchschnittswerten über die Honorarhöhe der dort aufgeführten naturheilkundlichen Heilpraktiker-Standardbehandlungen.

Die dortigen Sätze stammen jedoch aus dem Jahr 1985 und wurden seitdem nicht angepasst. Aus diesem Grund können wir unsere Leistungen nicht streng nach diesen Sätzen abrechnen. Um Ihnen eine (teilweise)Erstattung meiner Honorare durch Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe zu erleichtern, habe ich in meiner Honorarliste unter der Rubrik „Leistungen“ die Begriffe und Leistungsziffern des Gebührenverzeichnisses übernommen und diesen meine – abweichenden und zusammenfassenden – Honorare zugeordnet. Ich habe zudem die Honorarspanne des Gebührenverzeichnisses angegeben.

Dies dient ausschließlich Ihrer Information und hat keinen Einfluss auf mein Honorar.

Bei klassisch-homöopathischen Leistungen orientiert sich die Honorarberechnung am **Leistungsverzeichnis klassische Homöopathie (LVKH)**.

Ich biete ferner Behandlungen an, die nicht im Gebührenverzeichnis genannt werden. Mein Honorar für diese Leistungen ist ebenfalls in der Honorarliste ausgewiesen. Auf der Rechnung ordne ich diesen Leistungen eine ähnliche Leistung der im Gebührenverzeichnis enthaltenen Positionen zu und mache diese mit einem „A“ kenntlich. Einige Leistungsträger akzeptieren jedoch keine solche analoge Abrechnung, so dass diese Positionen nicht erstattet werden.

Ferner möchte ich Sie auf folgende Aspekte der Erstattung meiner Leistungen hinweisen:

Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Deshalb erfolgt bei **gesetzlich krankenversicherten** Patienten in der Regel keine Erstattung von Heilpraktiker-Behandlungskosten durch gesetzliche Krankenkassen.

Einzelne Krankenkassen beteiligen sich jedoch im Wege einer freiwilligen Satzungsleistung an den Behandlungskosten. Da dies eine Einzelfallprüfung durch die Krankenkasse voraussetzt, wird dem Patienten dringend empfohlen, sich vor Aufnahme der Behandlung bei seiner Krankenkasse über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer (teilweisen) Übernahme der Behandlungskosten zu informieren.

Mitglieder **privater Krankenkassen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten** können einen (teilweisen) Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung bzw. dem Beihilfeträger haben. Eine Erstattung durch einen

Kostenträger ist von den jeweils vereinbarten Leistungsvoraussetzungen bzw. Tarifmerkmalen abhängig. Es werden nur solche Behandlungskosten erstattet, die gemäß § 1 Abs. 2 der AVB (allg. Versicherungsbedingungen) als medizinisch notwendig eingestuft werden. Ich weise vorsorglich darauf hin, dass dieser Punkt bei Heilpraktikerbehandlungen oftmals umstritten ist.

Das Erstattungsverfahren haben Sie als Patient/in gegenüber Ihrer Versicherung bzw. dem Beihilfeträger stets eigenverantwortlich durchzuführen. Die Höhe der Erstattung durch Kostenträger wie privaten Versicherungen und der Beihilfe richtet sich nach Ihren tariflichen Bedingungen. Ich rate Ihnen dazu, sich über diese zu informieren, da Erstattungen entsprechend dem jeweiligen Tarif bzw. den Beihilfebedingungen beschränkt sein können. (z.B. auf die Mindest- oder Höchstsätze des Gebührenverzeichnisses oder ähnliche Regelwerke). **Aus diesem Grund kann der Erstattungsbetrag niedriger sein als der Rechnungsbetrag. Etwaige Differenzen zwischen den Erstattungen des Leistungsträgers und dem vertraglich vereinbarten Heilpraktiker-Honorar sind als Eigenanteil vom Patienten zu tragen.**

Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Honorar. Der Honoraranspruch des Behandlers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

Hinweis: Heilkundliche Tätigkeit ist von der Umsatzsteuer gemäß § 4 Nr. 14 UStG befreit.

Praxiseigenes Honorarverzeichnis der Naturheilpraxis Thomas Früchtl (Stand 01.07.2021)

Terminleistung	Einzelne Leistung <small>(je nach Situation; nicht alle aufgeführten Positionen müssen zur Anwendung kommen)</small>	Vergleichbare Ziffern des Gebührenverzeichnis (GebühH) : nur zu Ihrer Information	Honorarspanne gemäß Gebührenverzeichnis (in €): Nur zu Ihrer Information	Maßgeblich: Mein Gesamthonorar pro Termin
Ersttermin (bis zu 90 Min.): Anamnesegespräch, Beratung, Diagnostik, ggf. Blutentnahme, auch homöopathischen Erstanamnese je nach Zeitaufwand und Komplexität	Untersuchung	1 (LVKH 1.0)	12,30 – 20,50	120 – 250 €
	Anamnese	2/2a (LVKH 2.0)	15,40 – 41,00	
	Beratung	5 (LVKH 5.0)	8,20 – 20,50	
	ggf.: Blutentnahme Blutstatus Laborleistungen, je Parameter	26.1 12.7 12.14	3,60 bis 18,00 bis 10,50 je Parameter	
	weitere Leistungen siehe Standardtermin (unten), falls erforderlich			

Terminleistung	Einzelne Leistung (je nach Situation; nicht alle aufgeführten Positionen müssen zur Anwendung kommen)	Vergleichbare Ziffern des Gebüh- renverzeich- nisses (Ge- büH) : nur zu Ihrer Infor- mation	Honorar- spanne ge- mäß Gebüh- renverzeich- nis (in €): Nur zu Ihrer In- formation	Maßgeblich: Mein Gesamt- Honorar pro Termin
Standardtermin (30- 60 Min.), z. B. Beratung, Unter- suchung, Homöopa- thie-Folgetermin, In- fusion, Wirbelsäulen- Therapie, Neuralthe- rapie, usw. auch telefonisch oder per Videokon- ferenz Je nach Zeitaufwand und Komplexität	Untersuchung Anamnese Beratung je nach Anwendung: Harnuntersuchung Blutstatus Blutunter., je Parame- ter Neurol. Untersuchung Gefäßdoppler-Unters. Bioelektrische Funkti- onsdiagnostik Psycholog. Exploration Massage Akupunktur Elektroakupunktur homöop.Eigenblutinj. Injektion Quaddelung Neuraltherapie Infusion Blutentnahme Schröpfen unblutig Infiltration Wirbelsäulenbehandl. Manuelle Behandlung Niederfrequ. Reizstrom Hochfrequenzbehandl.	1 (LVKH 1.0) 2/2a (LVKH 2.0, 2.1) 5 (LVKH 5.0) 12.2 12.7 12.14 17.1 14.10 16.3 19.5 20.2 -20.5 21.1 21.2 24.1 25.1-25.3 25.4 25.6 25.7, 25.8 26.1 27.3 28.1, 28.2 34.1, 34.2 A 35.1-35.6 A 39.12 39.8	12,30 - 20,50 15,40 - 41,00 8,20 - 20,50 10,30-20,50 bis 18,00 bis 10,50 5,20-26,00 11,30 15,50-41,00 15,50-26,00 8,00-20,50 10,30-26,00 5,20-15,50 10,30-13,00 3,10 - 7,70 7,20-13,00 7,70-26,00 8,70-12,80 3,60 5,20-8,00 7,70-20,50 10,50-19,00 5,20 - 26,00 5,50-26,00 5,50-15,50	60 - 120 €

Terminleistung	Einzelne Leistung (je nach Situation; nicht alle aufgeführten Positionen müssen zur Anwendung kommen)	Vergleichbare Ziffern des Gebüh- renverzeich- nisses (GebüH) : nur zu Ihrer Infor- mation	Honorar- spanne ge- mäß Gebüh- renverzeich- nis (in €): Nur zu Ihrer In- formation	Maßgeblich: Mein Gesamt- Honorar pro Termin
homöopathische P-PRP-Injektionen bei Gelenkbeschwerden (Arthrose) und Haar- ausfall	homöop.Eigenblutinj. Injektion Quaddelung Beim Ersttermin zu- sätzlich: Untersuchung Anamnese Beratung	24.1 25.1-25.3 25.4 1 2 / 2a 5	10,30-13,00 3,10 - 7,70 7,20-13,00 12,30 - 20,50 15,40 - 41,00 8,20 - 20,50	220-270 €
Augmentierte Elektroakupunktur bei Allergien	Untersuchung Beratung Bioelektrische Funkti- onsdiagnostik Akupunktur Elektroakupunktur Quaddelung Niederfrequ. Reizstrom Hochfrequenzbehandl	1 5 16.3 21.1 21.2 25.4 39.12 39.8	12,30 - 20,50 8,20 - 20,50 15,50-41,00 10,30-26,00 5,20-15,50 7,20-13,00 5,50-26,00 5,50-15,50	1. Termin 70-80 € Wiederho- lungs- Termin in- nerhalb 4 Wochen 20-30 €
Laborkosten und Kosten für Arzneimittel , soweit sie an- gefallen sind				je nach Aufwand
sonstige Leistungen zum allgemeinen Satz (je nach Zeitaufwand) (gilt auch für Telefo- nate und email-Kor- respondenz)				60 € / 30 Min.
Ausfallentschädi- gung für unent- schuldigt es Termin- versäumnis				50 €

Hinweis:

Homöopathie-Leistungen werden entsprechend Aufwand abgerechnet, der Fallanalysearbeiten wie Symptomengewichtung, Repertorisation und Materia medica-Abgleich mit einschließt, auch wenn sie nach dem eigentlichen Patientenkontakt stattfinden. Evtl. Zeitangaben in der Leistungsbe-
schreibung sind als zusätzlicher Hinweis und nicht im Sinne von Stundensätzen zu verstehen.
Leistungslegende entsprechend Leistungsverzeichnis klassische Homöopathie, LVKH 2011 (3.
Aufl.) und GebüH.