Seite 1

**Privatpraxis**

**Rainer Wyslich**

Tätigkeitsschwerpunkte:

biologische Krebstherapie / ganzheitliche Kardiologie

Orthomolekulartherapie / Anti-Aging-Medizin / Colonhydrotherapie

Ayurveda / Yoga / Energiemedizin

Schussenstr.2, 88212 Ravensburg

Tel.: 0751/3524663; Fax: 0751/3524664

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Sie haben einen Termin zum Erstgespräch / Erstuntersuchung / Beratung in unserer Praxis vereinbart bzw. möchten sich für einen solchen anmelden.

Aus diesem Grund senden Sie bitte *Seite 4 ausgefüllt* *und unterschrieben* möglichst rasch an uns zurück, da der Termin erst dann als verbindlich vereinbart gilt; entweder auf dem Postweg oder per E-Mail an r.wyslich@web.de.

Bitte beachten Sie, dass es sich um eine **rein privatärztliche** **Bestellpraxis** handelt und deshalb sehr kurzfristig abgesagte Termine (< 12 Std.) oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine gemäß des geplanten Leistungsumfangs in Rechnung gestellt werden müssen, da eine Neu- oder Umterminierung anderer Patienten meist kurzfristig nicht möglich ist.

**Patienteninformation und Honorarvereinbarung**

 **zwischen**

 **Arzt: Herrn Rainer Wyslich**

 **und**

 **Patient: Frau / Herrn**

 **für die ambulante Beratung / Untersuchung / Behandlung**

Wichtiger Hinweis:

Die Abrechnung in unserer Praxis erfolgt nach der GoÄ (Gebührenordnung für Ärzte) zu den dort festgelegten, üblichen Sätzen. Die GoÄ liegt in der Praxis jederzeit zur Einsicht auf.

Der § 1 (2) der GoÄ (private Gebührenordnung für Ärzte) lautet:

“Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind.

Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn Sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.“

Zusätzlich zu dieser gesetzlichen Definition, die festlegt, was medizinisch “notwendig und ausreichend“ ist, arbeitet die naturheilkundlich ausgerichtete Ganzheitsmedizin - wie sie in unserer Praxis zur Anwendung kommt- mit etwas anderen Inhalten und Zielsetzungen:

Sie als Patient werden von Anfang an in jegliche Behandlungskonzepte eigenverantwortlichmit eingebunden; d.h.: Sie werden über Hintergründe, Wirkungsweisen und Alternativen einer möglichen Therapieform ausführlich aufgeklärt, was aber zum Teil einen erheblichen Zeitaufwand im Einzelgespräch bedeutet. Aktive Mitarbeit Ihrerseits (sog. “Compliance“) setzt jedoch ein Verstehen der medizinischen Hintergründe und Zusammenhänge voraus.

Seite 2

Ganzheitsmedizin bedeutet keine Massenabfertigung nach "Schema F", sondern berücksichtigt alle Aspekte des individuellen Krankheitsgeschehens und beinhaltet nebst Therapien zur Wiedererlangung der Gesundheit viele Elemente (inklusive Untersuchungsverfahren), die der Prophylaxe, also der Vermeidung von Krankheiten oder auch der Gesunderhaltung dienen. Diese Zusammenhänge gilt es verstehen zu lernen. Auf diesem neuen Weg bieten wir Ihnen unsere fachkompetente Begleitung an.

In diesem Rahmen sind viele der in unserer Praxis durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als solche nicht in der GoÄ verankert, da sie nicht dem üblichen (= minimal “notwendigen“) Leistungsspektrum der “Schulmedizin“ angehören (vgl. § 1 (2) GoÄ). Sie werden deshalb nach sogenannten Analogziffern gemäß § 6 (2) der GoÄ abgerechnet (Anhang I, Seite 3):

Dies bedeutet, dass Sie für diese Leistungen (die mit einem A gekennzeichnet sind) möglicherweise keine, oder nur eine Teilerstattung der Kosten durch Ihre Privatkasse oder Beihilfestelle erhalten, das heißt, die anfallenden Kosten unter Umständen selbst tragen müssen. Wir bitten Sie, dies zur Kenntnis zu nehmen.

In den Beratungen werden häufig Zeitaufwände erforderlich, die das übliche Maß um ein Vielfaches übersteigen, weshalb der Gebührensatz auch das Standardmaß (2,3-facher Satz) überschreiten kann. Laut § 5 (1) GoÄ ist dann eine Überschreitung des 2,3-fachen Satzes zulässig, wenn Besonderheiten wie "Schwierigkeit der Leistung", "Zeitaufwand der Leistung" oder "Umstände bei deren Ausführung" dies rechtfertigen. Auch hierbei sei darauf hingewiesen, dass eine Erstattung des höheren Satzes durch die Kassen evtl. nicht erfolgt.

Welche Untersuchungen oder Therapien in Ihrem Fall sinnvoll sind und in welchem Rahmen sie innerhalb des normalen Leistungskataloges der GoÄ liegen oder auch nicht, entscheidet sich in der Regel nach Durchführung der Erstanamnese (=Erstgespräch nach GoÄ Ziffer A30: schulmedizinisch naturheilkundliche Erstanamnese nach individuellen Gesichtspunkten; 2,3-facher Satz = € 120,65), die meist eine Regelleistung der Kasse darstellt und nur bei Überschreiten der regulären Zeit von einer Stunde mit einem höheren Satz abgerechnet wird.

Unser Bestreben gilt immer einer Abrechnung der in der GoÄ verankerten Leistungen. Sollte das aus o.g. Gründen nicht möglich sein, erfolgt die Abrechnung nach sog. Analogziffern (siehe Seite 3).

Für gesetzlich Versicherte ist eine Rückerstattung der Kosten durch ihre Krankenkasse normalerweise nicht möglich.

**Die in unserer Praxis übliche Erstdiagnostik beinhaltet:**

**1.** Ganzheitliche Erstanamnese (Dauer 1-2 Std.), auf Wunsch mit Puls- und Zungendiagnostik nach traditioneller Ayurveda-Medizin. Soweit nötig auch mit körperlicher Untersuchung

**2.** Stoffwechseluntersuchung über Dunkelfeldmikroskopie nach Dr. Enderlein

**3.** Vektor-Kardiographie (Schleifen-EKG = 3-dimensionale Darstellung des Herzens) mit Volumenbelastungs-EKG sowie Doppelhämatokrit - Bestimmung (Blutdicke venös und kapillar)

wobei die Punkte 2. und 3. natürlich nur nach Absprache durchgeführt werden.

Seite 3

Anhang I (Analogziffern der Einzelleistungen):

Leistung Analogziffer Gebührensatz Betrag in €

Schulmed.-naturheilkundl. Erstanamnese A 30 2,3 fach 120,65

nach individ. Gesichtspunkten (Dauer. 1Std.),

 Dauer: 2Std. 3,5 fach 183,61

 Dauer: >2Std. 4,2 fach 220,33

Folgeanamnese, schulmed.-naturheil-

kundlich A 31 2,3 fach 60.33

Ayurvedische Puls- u. Zungendiagnostik A 638 1,8 fach 10,59

Dunkelfeldmikroskopie, A 838 3,5 fach 112,20

(einschließlich Therapiegespräch)

Individueller Ernährungsplan A 77 2,3 fach 20.11

Jin Shin Jyutsu

Energetische Heilbehandlung 45 Min. A 828 2,3 fach 81.11

Colonhydrotherapie A 689 2,3 fach 93.84

Materialkosten A 533 1,0 fach 8.74

Magnetfeldresonanztherapie A 558 3,5 fach 17.49

pro Sitzung: Ganzkörpermatte 2,3 fach 11.50

 Einzelapplikator 1,5 fach 7.49

Energetische Testung mit Biotensor/

Kinesiologische Testung

pro Testsubstanz (1.-20. Testsubstanz) A 385 1,0 fach 2.62

pro Testsubstanz (21.-40. Testsubstanz) A 386 1,0 fach 1,75

Bestimmung des Vitalstoffstatus A 1 1,0 fach ca. 135,-

(Labor-Vollblutanalyse Labor Ganzimmun)

Therapeutische Vitalstoff-Infusion 1,0 – 2,3 fach 65,00

(15g Vit. C, Vit. B1, B6, B12, Folsäure, Magnesium, Zink, Ubiquinol comp. in 250 ml NaCl 0,9%)

Kardiologische Regelleistungen GOÄ-Ziffern Gebührensatz Betrag in €

Volumen-Schleifen-EKG 652 + 657 2,3-fach 93,59

Vektorkardiographische Untersuchung

mit Volumenbelastung

Doppel-Hämatokrit-Bestimmung 2x 250 + 2x 3503 1,8 + 1,3-fach 19,00

Blutdickenmessung kapillar und venös

Doppel-Hämatokrit mit Aderlass 250+2x 3503+285 1,8 + 1,3 + 2,3-fach 29,55

Seite 4

Zur kurzen Vorinformation, mit welchem Anliegen Sie in unsere Praxis kommen, möchten wir Sie bitten, uns in knapper Form und stichpunktartig folgende Fragen zu beantworten und uns das unterschriebene Formular schnellstmöglich zurückzuschicken oder zu mailen:

**Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:**

**Anschrift:**

**Größe:** ............. cm  **Gewicht:** .............. kg

**Derzeitige Hauptbeschwerden:**

**Derzeitige Medikation** (auch Nahrungsergänzungsmittel, Pille etc.):

**Frühere, schwere Erkrankungen:**

**Operationen:**

**Allergien:**

**Impfungen:** (wann, welche; Unverträglichkeitsreaktionen?, Impfpass?)

**Zahnstatus:** (Zahnmaterialien?, gezogene Zähne?, wurzelbehandelte / tote Zähne?, Implantate?)

Falls aktuelle Röntgen- bzw. Panoramaaufnahmen Ihrer Zähne vorliegen, wäre es von Nutzen, wenn Sie diese zur Erstuntersuchung mitbringen könnten, ebenfalls vorhandene bisherige Arztberichte / Laboruntersuchungen etc..

VIELEN DANK FÜR IHR VERSTÄNDNIS UND IHRE MITARBEIT!

.......................................................

**Ort, Datum**

....................................................... .............................................................

**Unterschrift Arzt Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme von Seite 1, 2 und 3 und erkläre mich mit den Vereinbarungen einverstanden.