

Behandlungsvertrag

zwischen der



Naturheilpraxis

Gabriele Kirchmann

Mühlbachstr. 34, 88662 Überlingen

und

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkassenzugehörigkeit:

Gesetzl. Krankenkasse bei: _____

Privat versichert bei: _____ Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Zusatzversichert bei: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Behandlung lesen Sie bitte nachfolgende Informationen sorgfältig durch und fragen bei Unklarheiten nach.

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die Behandlung des Patienten.

2. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht, damit Ihre Privatsphäre gewahrt wird und es werden keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weitergegeben.

3. Datenschutz

Hierzu bitte beiliegendes Formular ausfüllen. Information zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage www.ohneschmerz.de.

4. Honorar/Bezahlung

Mit der Wahrnehmung eines Termins verpflichten Sie sich, das dafür vereinbarte Honorar unmittelbar nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen.

Die Honorarabrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Die Behandlungen werden unter Umständen nicht oder nur teilweise durch gesetzliche bzw. private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen erstattet. Das Honorar ist in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil des Honorars übernimmt. Dasselbe gilt für eine etwaige Erstattung durch die Beihilfe. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Behandlungserfolg abhängig, es besteht jedoch für den Therapeuten die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

5. Erklärung über Ausfallhonorar:

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis für Naturheilkunde Gabriele Kirchmann die ich nicht wahrnehmen kann, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch (auch auf dem Anrufbeantworter) oder schriftlich per Mail abzusagen. Für den Fall, dass ich nicht rechtzeitig abgesagt habe, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin das Ausfallhonorar in der Höhe der reservierten Zeit zu bezahlen. Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet oder rechtzeitig abgesagt wurde.

Ich habe die Behandlungsvereinbarung zur Kenntnis genommen und verstanden.
 Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Bitte auch das Datenschutzblatt ausfüllen und unterschreiben



Praxis für Naturheilkunde

Gabriele Kirchmann

Mühlbachstr. 34, 88662 Überlingen

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____

Name, Vorname und Adresse (bitte Druckschrift verwenden)

(Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes, das als Patient angemeldet wird)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis für Naturheilkunde Gabriele Kirchmann meine Patientendaten bzw die Patientendaten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden.

Verarbeitungszweck:

Die den Patienten betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Diagnostik und Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Verrechnen der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert.

Die Datenverarbeitung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist aber erforderlich, um im Rahmen des Behandlungsvertrags mit dem Patienten die Diagnostik und Behandlung durchzuführen und die Behandlung abzurechnen. Ohne die Datenverarbeitung ist die Durchführung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Empfänger der Daten:

Die personenbezogenen Daten des Patienten werden im Übrigen keinem Dritten zur Verfügung gestellt.

Speicherdauer:

Die die Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde, werden im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre nach Beendigung des Behandlungsvertrags) aufbewahrt.

Betroffenenrechte:

Der Patient hat das Recht, jederzeit Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten zu Verlangen. Er hat ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Berichtigung und Einschränkung der Verarbeitung und Löschung der Daten, soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht.

Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis gelesen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

Optional:

Ich freue mich über einen Newsletter, um über aktuelle Seminare, Veranstaltungen und Neuerungen der Praxis informiert zu werden.

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter