

Behandlungsvertrag und Einverständniserklärung

zwischen

Tanja Adam – Heilpraktikerin -

und

Patient(in)



bei Kindern: gesetzlicher

Vertreter/Rechnungsempfänger _____

Strasse, Haus Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geb. Datum _____

Telefon _____

Emailadresse _____

Name der Krankenversicherung _____

Privat

Beihilfe

Zusatzversicherung

Selbstzahler

Punkt 1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine beratende naturheilkundliche Behandlung des Patienten. Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte – naturheilkundliche – Heilverfahren.

Punkt 2 Honorar

Das Honorar wird nach GebüH berechnet und orientiert sich am benötigtem Zeitaufwand der Behandlung/Beratung. Die Gebührenordnung ist aus dem Jahr 1986 und seither preislich nicht angepasst worden. Aus diesem Grund sind meine Preise teils höher als die Höchstsätze der Gebührenordnung. Vereinbart wird folgende Vergütung:

Erstanamnese: 120,00 EUR

Folgetermine persönlich und online (50 Min.): 90,00 EUR

Hinzu kommen gegebenenfalls noch Kosten externer Labors, die jedoch direkt mit dem Labor beglichen werden und/oder Material- und Medikamentenkosten aus dem Praxisbedarf.

Punkt 3 Hinweise

a) Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Behandlung durch den Heilpraktiker leider nicht. Privat Krankenversicherte, privat Zusatzversicherte sowie beihilfeberechtigte Personen können die anfallenden Kosten bei Ihrer Versicherung geltend machen und erhalten je nach dem individuell

vereinbarten Tarif Erstattungsleistungen. Es ist jedoch der volle Rechnungsbetrag fällig unabhängig von der Erstattungsleistung des Versicherers/ der Beihilfestelle. Bitte beachten Sie auch, dass Kosten für Nahrungsergänzungsmittel und nicht rezeptpflichtige Medikamente von Ihrer privaten Krankenversicherung/ Zusatzversicherung / Beihilfestelle nicht immer erstattet werden.

Die Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind als Eigenanteil vom Patienten zu tragen.

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

b) Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.

c) Die behandlungsrelevanten, persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten werden in einer Patientenakte erhoben und gespeichert. Der Patient ist verpflichtet alle gesundheitsrelevanten Angaben zu machen und volle Auskunft über eingenommene Medikamente zu geben.

Punkt 4 Sonstiges

- Ich bestätige, dass ich die Patienteninformation und die Einwilligung gemäß der DSGVO erhalten und unterschrieben habe.
- Ich bin darüber informiert worden, dass vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, besser 48 Stunden, vor dem Terminbeginn abgesagt werden müssen. Montagstermine oder Termine nach einem Feiertag spätestens an dem Werktag davor bis 12 Uhr. Nicht oder zu spät abgesagte Termine werden mit dem vollen Stundensatz in Rechnung gestellt. Absagen bitte telefonisch oder per Email, Whatsapp oder SMS.
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir Laborbefunde, Therapiepläne und Rechnungen per E-Mail von Frau Adam geschickt werden.
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass Frau Adam mir Terminerinnerungen per SMS über Jameda schickt.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

Patienteninformation gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führen wir insofern wie folgt aus: Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist:

1. Tanja Adam
Ahornstraße 4
23701 Eutin
Tel. 01578-3465912
kontakt@mitomedic.de

Ein ständiger Vertreter oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.
3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker, Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Labormitarbeiter, usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.
4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (beispielsweise müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RÖV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden. Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Einverständniserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich _____

- bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Frau Tanja Adam zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt wird. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschlage, Befunde usw.
- bin damit einverstanden, dass Frau Kuhlmann, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, an Heilpraktiker und Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Labormitarbeiter usw. zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und/oder bei Heilpraktikern, Ärzten, Physiotherapeuten, Apothekern, Labormitarbeitern usw. Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.
- in damit einverstanden, dass meine Befunde und alle weiteren Dokumente, die im Zusammenhang mit der bei mir vorgenommenen Behandlung stehen, an die genannte Adresse zugesendet werden.

Mir ist bekannt und ich bin einverstanden, dass die E-Mail unverschlselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versendet wird. Mir ist bewusst, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass unbefugte Personen oder gar fremde Dritte meine vertraulichen Daten erhalten, einsehen, verwenden oder verändern können, da keine vollständige Sicherheit in Bezug auf Geheimhaltung der übermittelten Daten und Informationen vor unberechtigten Zugriffen gewährleistet wird. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann jederzeit schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters