

BEHANDLUNGSVERTRAG & DATENSCHUTZINFORMATION

Patientin | Patient Herr/Frau (nachfolgend Patient | Patientin genannt)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Und die Heilpraktikerin Verena Larsen | Lönsstr.54 | 42289 Wuppertal schließen folgenden Vertrag.

1. Zustandekommen des Behandlungsvertrages

Der Behandlungsvertrag regelt die Geschäftsbeziehung zwischen mir als Heilpraktikerin | Heilpraktiker und der Patientin | dem Patienten. Er kommt zustande, wenn die Patientin | der Patient mein Therapieangebot annimmt und einen Termin zum Zwecke der Diagnose, Beratung oder Therapie vereinbart.

2. Hinweis zur Naturheilkunde

In der Naturheilkunde werden Methoden angewendet, die der Erfahrungsheilkunde zuzuordnen sind und schulmedizinisch nicht in allen Fällen anerkannt oder wissenschaftlich gesichert sind.

Die Patientin | der Patient wurde darüber informiert, dass bei Ausbleiben einer zeitnahen Besserung eine ergänzende schulmedizinische Abklärung erforderlich ist.

Ich übe meine Tätigkeit im Dienste der Patientin | des Patienten zur Diagnose, Beratung und Therapie aus und verfüge über die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Bestallung.

3. Honorar | Vergütung

Ich habe für meine Leistungen einen Honoraranspruch. Die Höhe des Honorars beträgt 120,00 € pro Behandlung bzw. richtet sich – sofern zutreffend – nach der Gebüh.

Die Zahlung erfolgt bar am Behandlungstag oder per Rechnung innerhalb von 14 Tagen.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte ist der Rechnungsbetrag vollständig von der Patientin | dem Patienten zu begleichen.

4. Schweigepflicht und Patientenakte

Ich behandle alle Daten vertraulich. Eine Weitergabe erfolgt nur mit Einwilligung oder gesetzlicher Verpflichtung.

Die Patientin | der Patient hat jederzeit das Recht auf Einsicht in die eigene Patientenakte. Schriftliche Auszüge können kostenpflichtig erstellt werden.

5. Terminabsagen | Ausfallhonorar

Termine sind spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage oder Nichterscheinen behalte ich mir vor, den Termin vollumfänglich in Rechnung zu stellen.

6. Datenschutzinformation (DSGVO)

Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Durchführung des Behandlungsvertrages.

Verarbeitet werden insbesondere: Kontaktdaten, Gesundheitsdaten (Anamnese, Diagnosen, Therapien)

Zweck: Behandlung, Dokumentation, Abrechnung. Speicherdauer: mindestens 10 Jahre

Empfänger (falls erforderlich): Labore, Versicherungen, Abrechnungsstellen

7. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf: Auskunft, Berichtigung, Löschung (soweit zulässig), Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit

8. Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich bestätige,

- dass ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiert wurde
- dass ich den Behandlungsvertrag gelesen und akzeptiert habe
- dass mir bewusst ist, dass Gesundheitsdaten verarbeitet werden (Art. 9 DSGVO)

Unterschrift Patientin | Patient: _____

9. OPTIONALE EINWILLIGUNG – WHATSAPP | DIGITALE KOMMUNIKATION

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich über folgende Wege kontaktiert:

- WhatsApp
- Telefon
- E-Mail

Mir ist bekannt, dass insbesondere bei der Kommunikation über WhatsApp keine vollständige Datensicherheit gewährleistet werden kann.

Ich bin darüber informiert, dass über WhatsApp keine sensiblen personenbezogenen Daten, insbesondere keine Gesundheitsdaten, durch die Praxis übermittelt werden. Die Nutzung von WhatsApp erfolgt ausschließlich zur unkomplizierten Terminabstimmung sowie für organisatorische Kurzmitteilungen.

Ich willige ausdrücklich in diese Form der Kommunikation ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

11. Unterschrift Patientin | Patient

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

12. Kostenübernahme bei Minderjährigen

Hiermit erkläre ich als erziehungsberechtigte Person, dass ich die Behandlungskosten vollständig übernehme.

Name Kind: _____ Unterschrift Elternteil: _____