



Anmeldeformular:

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

Straße, Nummer: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____ Handy: _____

Email-Adresse: _____ Hausarzt, Ort: _____

1. Vor der Behandlung wurde ich informiert, dass zwischen mir und dem Osteopathen/Heilpraktiker eine Behandlung zustande kommt und mündlich über mögliche Risiken und die Praxisordnung (siehe Aushang) aufgeklärt.
2. Soweit der Patient Anspruch auf Erstattung oder Teil-Erstattung des Honorars durch eine Krankenversicherung hat, so berührt dies die Honoraransprüche gegenüber der Praxis nicht. Die Praxis hat für ihre Dienste Anspruch auf das Honorar auch dann, wenn die bezeichnete Versicherung oder sonstige Dritte nicht oder nicht in voller Höhe leisten. Die Praxis führt eine Direktabrechnung mit der bezeichneten Versicherung nicht durch und stundet auch Honorare oder Honoraranteile nicht im Hinblick auf eine mögliche Erstattung. Lehnt die bezeichnete Versicherung die Erstattung ganz oder teilweise ab, so ist das Honorar dennoch zu bezahlen.
3. Es gelten die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Der Patient erhält gemäß seinem individuellen Heil- und Kostenplan und nach Maßgabe der GebüH eine Rechnung und beauftragt den Behandler, alles nach seinem Ermessen notwendige zur Besserung der Beschwerden zu tun.
4. Die Praxis ist berechtigt, die Behandlung abzubrechen, wenn das erforderliche Vertrauensverhältnis als nicht mehr gegeben erscheint, insbesondere wenn der Patient Maßnahmen der Therapiesicherung nach dem Behandlungstermin nicht durchführt, Beratungsinhalte ablehnt, und es sich herausstellt, dass er schuldhaft Auskünfte zur Anamnese und Diagnose unzutreffend oder lückenhaft erteilt hat oder durch seine Lebensführung Therapiemaßnahmen bewusst vereitelt.
5. Die Praxis behandelt Patientendaten vertraulich und erteilt bezüglich Diagnose, Inhalt von Beratungsgesprächen, Therapie und weiteren Begleitumständen sowie den persönlichen Verhältnissen des Patienten keine Auskünfte, es sei denn, der Patient stimmt ausdrücklich schriftlich oder in Textform zu. Dies gilt nicht, wenn die Praxis aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist, z. B. eine Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz besteht oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung hin auskunftspflichtig ist. Die Verschwiegenheit der Praxis gilt auch gegenüber Ehegatten, Verwandten und Familienangehörigen, es sei denn, der Patient bestimmt etwas anderes. Die Verschwiegenheit gilt nicht gegenüber Betreuern im Sinne des BGB und auch nicht gegenüber Personensorgeberechtigten für Minderjährige.
6. Termine, die ein Patient nicht wahrnehmen kann, sind bis spätestens zwei Werktage vor dem Behandlungstermin abzusagen. Die Vergabe von freiwerdenden Terminen erfolgt an Patienten von der Warteliste, soweit dies möglich ist. Termine, die nicht zwei Werktage vor Terminbeginn abgesagt werden, werden in voller Höhe in Rechnung gestellt, da eine Vergabe von Wartelistenplätzen kurzfristig nicht möglich ist.

Bestätigung des Patienten (bitte ankreuzen):

- Durch meine Unterschrift wird die Datenschutzerklärung Bestandteil des Vertrages, ich bin einverstanden, dass meine Patientendaten zur Durchführung der Behandlung gespeichert und genutzt werden. Auch dann aufbewahrt werden, wenn ich nicht mehr Patient der Praxis bin, nach Maßgabe der Verwahrungsvorschriften. Mir ist klar, dass eine Weitergabe allerdings nicht stattfindet, außer mit den vom Behandlungsvertrag deutlich aufgezählten Ausnahmen.
- Die Stornoklausel habe ich verstanden und gelesen.
- Ich bin über die ungefähren Kosten auf Basis dieses Behandlungsvertrags belehrt worden, ich bin auch hinsichtlich der Kostenerstattung einverstanden.
- Ich weiß auch, dass evtl. Differenzbeträge gegenüber der Erstattung meiner Krankenkasse selbst bezahlt werden müssen.

Pleidelsheim, den
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Thomas Zienteck meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Thomas Zienteck

Straße Achalmstr. 32

PLZ Ort 74385 Pleidelsheim

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

..... Ort, Datum Unterschrift