



## Naturheilpraxis

**Florian Grill**

**Tisinstraße 56 a 82041 Deisenhofen**

**Tel.: 089-61339582 FAX: 089-61305473**

**Einverständniserklärung / Honorarvereinbarung für Störfeldtestung zwischen oben genannter Naturheilpraxis dem zu behandelnden Patienten(in) siehe unten.**

**Ihr vereinbarter Termin ist am \_\_\_\_\_ für diesen benötigen wir diese Unterlagen. Bitte senden Sie uns diese Unterlagen bis eine Woche vor dem vereinbarten Termin zu, damit Ihr Termin daraufhin bestätigt ist.**

Frau / Herr \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort : \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter (für Kinder unter 18 Jahren) \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte die Telefonnummern an, unter der Sie tagsüber gut erreichbar sind

Priv.: \_\_\_\_\_ Handy.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

- 1.) Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, dass die Rechnung an mich gestellt wird, außerdem werde ich mich mit meiner Krankenkasse/Versicherung selber über den Ersatz der geforderten Behandlungskosten auseinandersetzen.
- 2.) Die Diagnose – und Behandlungsart werden von der Lehrmedizin als „wissenschaftlich allgemein nicht anerkannt“ angesehen. Aus diesem Grunde ist für diese als Sonderleistung zu betrachtenden Methoden eine Vergütung im Gebührenverzeichnis nicht vorgesehen. Auch eine anderweitige Bewertung ist mangels Vergleichbarkeit nicht möglich.
- 3.) Ich nehme zur Kenntnis, dass die Störfeldtestung, soweit sie sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker orientiert und mit 90,00 € je Sitzung berechnet wird.
- 4.) Ich bin damit einverstanden, dass ich die vom Arzt verschriebenen Medikamente nur mit dessen Absprache absetze. Bei eigenmächtigem Absetzen von ärztlichen Medikamenten übernehme ich (der Patient) die volle Verantwortung.
- 5.) Ich bin damit darüber aufgeklärt worden, dass in der Naturheilpraxis nach der Leistungspflicht des § 613 BGB gearbeitet wird, der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist unabhängig von der fachlichen Befähigung des Hilfspersonals, welche mit diversen Aufgaben delegiert wird. Das heißt, dass bestimmte Tätigkeiten auch vom Personal ausgeführt werden können.
- 6.) Bitte haben Sie Verständnis, dass wir eine gestellte Rechnung nicht mehr ändern können. Falls Sie Fragen zur Rechnungsstellung haben, sprechen Sie uns bitte vorher an.
- 7.) Aufgrund der neuen Datenschutzverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018 sind wir verpflichtet zu bitten, diese anhängende Datenschutzerklärung auszufüllen und zu unterschreiben.

**Wenn Sie damit einverstanden sind, freue ich mich auf eine gute Zusammenarbeit.**

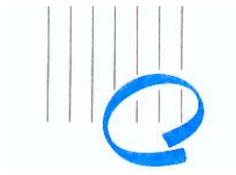
Deisenhofen, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Naturheilpraxis

## Florian Grill

Tisinstraße 56 a 82041 Deisenhofen

Tel.: 089-61339582



### Datenschutz / Einwilligung

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 Ziffer a DSGVO)

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_ (Patient)  
mich damit einverstanden, dass die Naturheilpraxis Florian Grill  
vertreten durch den Praxisinhaber Florian Grill

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und naturheilkundlichen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags verarbeitet und speichert
- und diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen oder einer privaten Abrechnungsstelle, die mit der Behandlung oder Abrechnung der Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichern.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiterhin habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht BayLDA) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_