Naturheilpraxis

Florian Grill

Tisinstraße 56 a 82041 Deisenhofen

Tel.: 089-61339582

Ihr vereinbarter Termin ist am _____.
Für diesen Termin benötigen wir diese Unterlagen. Bitte senden Sie uns diese **bis spätestens eine Woche** vor dem vereinbarten Termin zu, somit ist Ihr Termin bestätigt.
Dies ist die **Einverständniserkärung/Honorarvereinbarung** zwischen der oben genannten Naturheilpraxis und dem/der Patient(in)

Frau / Herr_____Vorname _____ Geb.: _____

Straße:_____ PLZ:_____ Ort:_____

Geburtsort: _____Beruf: _____

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 wird von der Lehrmedizin als „wissenschaftlich allgemein nicht anerkannt“ angesehen. Aus diesem Grund, 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 sich die Rechnung, soweit sie sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker orientiert, den Höchstsatz überschreitet mit 31,00 € bis 54,00 € je Sitzung betragen kann.

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 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, welches 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.

8.)Datenschutz / Einwilligung (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 Ziffer a DSGVO) mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und naturheilkundlichen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags verarbeitet und gespeichert wird,
- 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 werden, 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 zum Datenschutz ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung zum Datenschutz 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.

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

Datum,_____ Unterschrift_____