



Aus dem Schatten ins Licht

Praxis Jelena Shakira Klei, Heilpraktikerin und Körperpsychotherapeutin

Anmeldeformular:

Name:	Vorname:	Geburtstag:		
Straße:	Nummer:	PLZ:	Ort:	E-mail-Adresse:
Tel. privat:	Tel. dienstlich:	Handy:		

1. Vor der Behandlung wurde ich informiert, dass zwischen mir und der Heilpraktikerin eine Behandlung zustande kommt und mündlich über mögliche Risiken aufgeklärt wird.
2. Soweit der Patient Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung 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 rechtzeitig vor Terminbeginn abgesagt werden und nicht neu besetzt werden können, werden in voller Höhe in Rechnung gestellt.

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 und 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, dass evtl. Differenzbeträge gegenüber der Erstattung meiner Krankenkasse selbst bezahlt werden müssen.
- Ich möchte per e mail meine Rechnungen erhalten und über Gesundheitsaktionen und Angebote informiert werden. Ich kann diese Erlaubnis jederzeit per E-mail widerrufen.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Patienten



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift:

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Jelena Klei 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.

Da die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigere 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 Jelena Klei
Hauptstrasse 15
54472 Hochscheid

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.

Götzeroth, den _____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten