



Name: _____

Telefon: _____

Vorname: _____

Email: _____

Geboren am: _____

Beruf: _____

Straße, Hnr. _____

Datum

Erstbesuch: _____

PLZ / Ort _____

Wie haben Sie mich gefunden? (optional)

Google Facebook Empfehlung

Sonstiges _____

Erstattungsanspruch durch Kostenträger (private Krankenversicherung, private Zusatzversicherung, Beihilfe...)

Privat, bei (evtl. Tarif) _____

Selbstzahler

DATENVERARBEITUNG

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich ihre personenbezogenen Daten, insbesondere ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich erhebe. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Ich ubermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem die privaten Krankenkassen oder andere Heilpraktiker sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.



IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgte.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 18
91522 Ansbach

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO IN Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit b) Bundesdatenschutzgesetz

HONORARVEREINBARUNG

AUFKLÄRUNG ÜBER MÖGLICHEN SELBSTBEHALT BEI ERSTATTUNGSANSPRUCH DURCH EINEN KOSTENTRÄGER (Beihilfe und / oder Privatkrankenkasse)

Meine Honorare berechne ich gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), herausgegeben von den Heilpraktikerverbänden 1985, Neuauflage 1.1.2002.

Nicht alle inzwischen möglichen und etablierten Verfahren, die ich anbiete, sind im GebüH und der Erstattungstabelle aufgeführt. Hier ist eine analoge Abrechnung möglich. Dies bedeutet, dass eine oder mehrere im GebüH gelisteten Leistungen auf Rechnung benannt werden können, die der tatsächlich erbrachten Leistung am ähnlichsten sind.

Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht. Bitte prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag ggf. durch persönliche Nachfrage bei der Versicherungsgesellschaft, ob die vorgesehene Behandlung anerkannt und wenn ja, in welcher Höhe erstattet wird. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden Behandlungen von Heilpraktikern in der Regel nicht erstattet.

Unabhängig vom Erstattungsverhalten von Beihilfe oder privater Krankenversicherung ist die Liquidation in voller Höhe zu zahlen.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Ich Sie ausreichend über meine Honorarhöhe und eine mögliche Selbstbeteiligung aufgeklärt habe
- Sie die Bestimmungen zum Datenschutz gelesen haben und ihnen zustimmen
- Ich Sie über die angewandten Behandlungsmethoden, die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen, Belastungen, Risiken und Erfolgchancen der Therapie ausreichend aufgeklärt habe.

Ort, Datum der Aufklärung

Unterschrift des Patienten