

Behandlungsvertrag

zwischen der

Praxis für Klassische und CranioSacrale Osteopathie

Wolfgang Risel

Riedleparkstr. 38
88045 Friedrichshafen

und

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ u.Ort: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____
(= Rechnungsempfänger)

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Wünschen Sie die Rechnung per Mail oder per Post

Wie haben Sie von uns erfahren / Wer hat uns empfohlen? _____

Krankenkassenzugehörigkeit:

Gesetzl. Krankenkasse bei: _____

Privat versichert bei: _____ Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Zusatzversichert bei: _____

bitte umblättern

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Behandlung bitte ich Sie, nachfolgende Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

1. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht, damit Ihre Privatsphäre gewahrt wird und es werden keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weitergegeben.

2. Datenschutz

Hierzu bitte beiliegendes Formular ausfüllen.

3. Honorar/Bezahlung

Mit der Wahrnehmung eines Termins verpflichten Sie sich, das dafür vereinbarte Honorar unmittelbar nach der 1. Sitzung in bar (ab den Folgesitzungen unmittelbar nach Erhalt der jeweiligen Rechnung), zu bezahlen. Auf Wunsch können die Folgesitzungen auch in bar bezahlt werden.

Die Honorarabrechnung erfolgt teilweise nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) und ist dieser angeglichen. Osteopathische Behandlungen werden u.U. nicht oder nur teilweise durch gesetzliche bzw. private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen erstattet. Das Honorar ist in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil des Honorars übernimmt. Dasselbe gilt für eine etwaige Erstattung durch die Beihilfe. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Behandlungserfolg abhängig, es besteht jedoch für den Therapeuten die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht. Höhe der Behandlungskosten entnehmen Sie bitte dem Aushang im Wartezimmer oder auf der Homepage www.osteopathie-risel.de.

4. Erklärung über Ausfallhonorar:

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis für Osteopathie Wolfgang Risel, die ich nicht wahrnehmen kann, mindestens 24 Werktagsstunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch (auch auf dem Anrufbeantworter) oder schriftlich per Mail abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin das Ausfallhonorar in der Höhe der reservierten Zeit zu bezahlen.

Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet oder rechtzeitig abgesagt wurde.

Ich habe die Behandlungsvereinbarung zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Friedrichshafen, am _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte

Bitte auch das Datenschutzblatt ausfüllen und unterschreiben

Praxis für Klassische und CranioSacrale Osteopathie

Wolfgang Risel
Riedleparkstr. 38
88045 Friedrichshafen

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich,

Name, Vorname und Adresse (bitte Druckschrift verwenden)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis für Osteopathie Wolfgang Risel, meine Patientendaten/die Patientendaten meines Kindes:

Name, Vorname und Geburtsdatum: _____

erhoben und verarbeitet werden. Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis gelesen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- * über den Umfang und die Art meiner Daten
- * über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- * über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- * mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- * mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.
- * Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Friedrichshafen, am _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Patienteninformation zum Datenschutz

Die den Patienten betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h DSGVO). Sie werden auch den in der Praxis angestellten Personen, die mit der Behandlung oder Abrechnung der osteopathischen Leistungen betraut sind und entsprechend der Datenschutzrichtlinie zur Vertraulichkeit verpflichtet wurden, zur Kenntnis gegeben, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist (Art. 9 Abs. 3 DSGVO).

Die Datenverarbeitung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist aber erforderlich, um im Rahmen des Behandlungsvertrags mit dem Patienten die Diagnostik und Behandlung durchzuführen und die Behandlung abzurechnen. Ohne die Datenverarbeitung ist die Durchführung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Empfänger der Daten:

Die personenbezogenen Daten des Patienten werden im Übrigen keinem Dritten zur Verfügung gestellt.

Speicherdauer:

Die die Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde werden im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre nach Beendigung des Behandlungsvertrags) aufbewahrt.

Betroffenenrechte:

Der Patient hat das Recht, jederzeit Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten zu verlangen. Er hat ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Berichtigung und Einschränkung der Verarbeitung und Löschung der Daten, soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter hat der Patient ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde und kann die Übersendung der ihn betreffenden, von ihm zur Verfügung gestellten Daten, verlangen. Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, kann diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.