

Behandlungsvertrag

zwischen der

Praxis für Klassische und CranioSacrale Osteopathie

Wolfgang Risel

Anthausstr. 39
88085 Langenargen

und

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ u.Ort: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____
(= Rechnungsempfänger)

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

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. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

2. 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.

3. Datenschutz

Hierzu bitte beiliegendes Formular ausfüllen - Patienteninformation zum Datenschutz hängt in der Praxis aus bzw. kann auf der Homepage www.osteopathie-risel.de nachgelesen werden.

4. Honorar/Bezahlung

Mit der Wahrnehmung eines Termins verpflichten Sie sich, das dafür vereinbarte Honorar unmittelbar nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen.

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 Sie rufen uns einfach an.

5. 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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Bitte auch das Datenschutzblatt ausfüllen und unterschreiben

Praxis für Klassische und CranioSacrale Osteopathie Wolfgang Risel
Amthausstr. 39, 88085 Langenargen

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.

Verarbeitungszweck:

Die den Patienten betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Verrechnen der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert. 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.

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

Optional:

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten für Informationen und Terminerinnerungen genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter