



Behandlungsvertrag

zwischen der Heilpraktikerin Julia Stickel, Im Ried 23, 96138 Burgebrach und dem Patienten/In:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Vertragsgegenstand:

Der Patient/In beauftragt die Heilpraktikerin mit der Durchführung einer naturheilkundlichen, alternativmedizinischen, psychotherapeutischen oder physiotherapeutischen Behandlung entsprechend der gebuchten Terminleistung.

Honorarvereinbarung:

Ersttermin: Ersttermin Osteopathie = 88, Ersttermin Homöopathie = 199 €, **Andere Erst- bzw. Folgebehandlungen:** Das Honorar der Folgebehandlungen (Präsenztermin, per Telefon oder Videosprechstunde) berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 88,00 Euro/50 Min. Angebrochene Stunden entsprechend im Verhältnis. Die Abrechnung erfolgt nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Nicht wahrgenommene oder kurzfristig (weniger als 48 Stunden) abgesagte Termine berechnet die Heilpraktikerin in voller Höhe, sofern keine Ersatzperson gefunden werden kann. Dem Patient/In bzw. gesetzlichen Vertreter ist bekannt, dass die Behandlung auf eigene Kosten erfolgt und die Behandlungsleistungen und Sachkosten nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Der Patient/In verpflichtet sich als Selbstzahler, unabhängig von seinem eventuellen bestehenden Erstattungsanspruch an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrages zu zahlen. Die Kostenübernahmepflicht des Patienten/In/gesetzlichen Vertreters erstreckt sich auch auf weitere Institutionen (z.B. Laboratorien), soweit diese an der Behandlung oder Diagnostik mitwirken. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.

Aufklärung:

Der Patient bestätigt, vom Heilpraktiker ausreichend über die geplante Behandlungsmethode aufgeklärt worden zu sein. Dem Patienten ist bekannt, die die Behandlungsmethode evtl. wissenschaftlich/schulmedizinisch nicht anerkannt ist. Die Heilpraktikerin weist ausdrücklich darauf hin, dass die Behandlung des Patienten möglicherweise auch schulmedizinisch erfolgen kann. Die Heilpraktikerin rät dem Patienten von einer schulmedizinischen Behandlung ausdrücklich nicht ab.

Einwilligung in die Behandlung:

Der Patient/gesetzliche Vertreter willigt in die Behandlung ein. Eine unterschriebene Ausfertigung der Erklärung hat der Patient/gesetzliche Vertreter erhalten.

Datenschutz:

Die Patienteninformation zum Datenschutz & die AGB's habe ich zur Kenntnis genommen.

Zum Schutze ihrer persönlichen Daten findet die Kommunikation mit der Heilpraktikerin ausschließlich über eine gesicherte + verschlüsselte Plattform statt. Bitte nutzen sie daher den Anbieter „Jameda“ für die Terminbuchung, Kurznachrichten und die Übermittlung von Unterlagen. Für eine Kommunikation per E-Mail können wir keine Garantie für den Schutz ihrer Daten gewährleisten.

Patient:

Ort, Datum

Unterschrift

*** bitte wenden ***





Einwilligungserklärung in die Durchführung von videogestützter Behandlung

Die Behandlung der Leistungen unserer Praxis kann auch mittels einer computergestützten Videositzung erfolgen, sofern der unmittelbare persönliche Kontakt nicht zwingend erforderlich ist. Der Erstkontakt fand bereits in der Praxis Im Ried 23, 96138 Burgebrach statt. Die Entscheidung über die Videositzungen haben die Heilpraktikerin und der Patient gemeinsam unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsgeschichte und Lebensumstände getroffen.

Um die Integrität und Sicherheit der Videobehandlungen zu gewährleisten, gelten folgende Bestimmungen:

1. Die Videositzungen werden ausschließlich von der Heilpraktikerin Julia Stickel durchgeführt.
2. Zur Durchführung der Videositzungen wird ein zertifizierter Anbieter verwendet, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung gewährleistet. Inhalte können weder vom Videodienstanbieter eingesehen noch gespeichert werden. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Servern innerhalb der EU.
3. Vertraulichkeit hat oberste Priorität. Die Videoübertragung findet in ruhigen, geschlossenen Räumen statt. Falls sich weitere Personen im Raum befinden, müssen diese vorgestellt werden.
4. Das Mitschneiden oder Speichern der Videositzung durch irgendeine teilnehmende Person ist untersagt.

Hinweis: Die Sicherheit der Videositzung hängt von der Absicherung der verwendeten Geräte (Tablet, PC, Smartphone, etc.) ab. Schadprogramme könnten Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz vor Fremdeinwirkung gehören unter anderem ein aktuelles Betriebssystem, ein zeitgemäßes Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Durchführung von Videositzungen unter den genannten Bedingungen ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Übermittlung der Zugangsdaten meine E-Mailadresse oder Mobilfunknummer verwendet wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Einwilligung Newsletter

Wir nehmen den Datenschutz sehr ernst und möchten Sie hier über den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten informieren, welche wir zum Zwecke des Versandes unseres Newsletters erheben. Erhoben werden ausschließlich folgende Daten: **Vorname** und **Name, E-Mail-Adresse, Mobiltelefonnummer**. Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke des Newsletter-Versandes erhoben und gespeichert.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Sie haben einen Anspruch darauf zu erfahren, welche Daten von Ihnen wir gespeichert haben. Wenn Sie hierüber Auskunft möchten, wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten Jörg Stickel unter der Mailadresse: info@heilpraktikerbamberg.de.

Sie haben das Recht die Einwilligung zur Nutzung Ihrer Daten jederzeit zu widerrufen und sich vom Newsletter Versand abzumelden. Mit der Anmeldung für den Newsletter Versand willigen Sie in die Nutzung Ihrer Daten nach den obigen Bedingungen ein. Wenn Sie weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für die Versendung des Newsletters der Praxis Julia Stickel gespeichert werden und möchte in den Verteiler aufgenommen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter