

Name/Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum: Körpergröße: Gewicht:

Telefon: Mobil:

E-Mail: Hausarzt/Anschrift:

Empfehlung durch: Beruf:

Privat versichert: bei: Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Gesetzl. Krankenkasse: bei: Zusatzversichert

Haben Sie Erkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, HIV, Hepatitis, Stoffwechselstörung etc.):
.....

Haben Sie Allergien: Ja / Nein Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Medikamente: Ja / Nein Wenn ja, welche:

Rechnung Osteopathie

Rechnung Heilpraktiker

Rechnungsempfänger:

Versand der Rechnung per E-Mail (verschlüsselt)

per Post (zusätzlich 3€ Auslagen)

(Code wird per sms übermittelt)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie schließen hiermit in der Privatpraxis einen rechtlich bindenden Behandlungsvertrag als Dienstleistungsvertrag nach § 611 ff. BGB ab. Nach diesem Vertrag werden Ihnen osteopathische, physiotherapeutische und Heilpraktiker Leistungen in Rechnung gestellt. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Heilpraktiker von 1989 in der jeweils gültigen Fassung, die Sie hiermit anerkennen. **Pro Behandlungseinheit Heilpraktik/Osteopathie fällt ein Betrag ab 120 Euro an.**

Sie verpflichten sich auch zur Zahlung von Beträgen, die nicht von Ihrer Versicherung bzw. Beihilfestelle erstattet werden. Bei Nichteinhaltung des Zahlungszieles werden Sie nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verzug gesetzt, einschließlich der Mahngebühren in Höhe von € 5,00 je Mahnung und der Verzugszinsen, §§280, 286 I, 288 BGB.

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte 24 Werktagsstunden zuvor, dann stornieren wir den Termin kostenfrei und bieten Ihnen einen Ersatztermin an. Kurzfristig bis gar nicht abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider mit einer Ausfallgebühr in Höhe von € 90,00 in Rechnung stellen, da wir diese Zeit fest für Sie eingeplant haben. Diese Vereinbarung dient zudem nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. Nach § 615 BGB wird Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der GebÜH und ist keine gesetzliche Kassenleistung. Abweichende Patientenvereinbarungen von der Gebührenordnung müssen selbst getragen werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung Fotos für die Patientenakte aufgenommen werden, die ausschließlich für interne Dokumentationszwecke verwendet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Unterschrift umseitig

Einverständniserklärung nach DSGVO gem. §73 Abs. 1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund einer therapeutisch notwendigen Maßnahme. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge, Befunde und Röntgenbilder, die wir oder andere Therapeuten/Heilpraktiker/Ärzte erheben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

Schweigepflichtentbindung

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist, oder Sie eingewilligt haben.

Hiermit entbinde ich die gesamte Praxis Felix Limpert von der ärztlichen Schweigepflicht, wenn es sich um die Übermittlung von Befunden an mitbehandelnde Therapeuten/Heilpraktiker/Ärzte handelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis Felix Limpert mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Therapeuten, Ärzten, Heilpraktikern und Leistungserbringern anfordert oder übermittelt. Die Übermittlung erfolgt per Post, Mail oder Fax. Dass ein gewisses Restrisiko bei der Datenübermittlung per Mail/Fax besteht ist mir bekannt.

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.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Behandlungen.

Schweinfurt, den _____

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters)