

Behandlungsvertrag und Datenschutzerklärung zwischen der Praxis Robert Kühn Osteopathie & Hypnose-Therapie

Praxis Robert Kühn
Osteopathie & Hypnose-Therapie

Abendrothsweg 50
20251 Hamburg-Eppendorf

0178 6548637
info@robert-kuehn-osteopathie.de

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Gesetzlicher Vertreter
Adresse
Telefon

E-Mail-Adresse
Krankenversicherung
Beihilfe berechtigt Ja Nein
Zusatzversicherung Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Behandlungsvertrag

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrags ist die heilkundliche Behandlung des Patienten.

2. Honorar und Abrechnung

Für meine Leistungen stelle ich ein Honorar in Rechnung, das sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) orientiert, jedoch nicht an diese gebunden ist. Die GebüH stellt somit keine Gebührenfestlegung dar; Heilpraktiker sind grundsätzlich unabhängig in der Gestaltung ihrer Honorarstruktur. Ich empfehle Ihnen vor Behandlungsbeginn die jeweilige Erstattung mit Ihrer Krankenkasse zu klären.

3. Terminvereinbarung und Absagen

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb bitte ich Sie, falls erforderlich, den Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen Ihnen und Robert Kühn unabhängig von Ihren Versicherungsverhältnissen und verpflichtet Sie zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten/der Krankenkasse ein Erstattungsanspruch besteht.

4. Persönliche Erklärung des Patienten

- Ich bin mit der Privatabrechnung einverstanden.
- Die Liquidation erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung.
- Ich bin darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.
- Ich bin damit einverstanden, meine Rechnung über meine oben angegebene Adresse zu erhalten.

Die Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn akzeptiert und unterzeichnet.

Ort und Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Kontext meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Therapeuten Robert Kühn.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie und Nachsorge etc.) erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch die Verantwortliche erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Die Datenschutzerklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn akzeptiert und unterzeichnet.

Ort, Datum

Name der Patientin / des Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an Robert Kühn.