Behandlungsvertrag zwischen der

Praxis für Osteopathie Susanne Schimera, Altenwalder Chaussee 2,

27474 Cuxhaven und:

Nach-& Vorname:

Geburtsdatum:

Gesetzlicher Vertreter:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail

Krankenversicherung:

Beihilfe berechtigt: Ja: Nein:

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrags ist die heilkundliche Behandlung des Patienten.

1. Honorar und Abrechnung

Für meine Leistungen stelle ich ein Honorar in Rechnung, das sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) orientieret, 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.

1. Terminvereinbarung und Absage

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb bitten wir Sie, falls erforderlich, den Termin spätestens 24 Stunden vorher anzusagen. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen Ihnen und der Praxis für Osteopathie Susanne Schimera unabhängig von Ihren Versicherungsverhältnissen und verpflichtet Sie zum Ausgleich des Honorars unabhängig davon, ob gegenüber Dritten/ der Krankenkasse ein Erstattungsanspruch besteht.

1. Persönliche Erklärung des Patienten
* Ich bin mit der Privatabrechnung einverstanden.
* Die Liquidation erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung.
* Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine, oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.
* Ich bin damit einverstanden, meine Rechnung ggf. über meine Emailadresse zu erhalten.
1. Datenschutzerklärung

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten:

Meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Osteopathin:

Susanne Schimera

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

* Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, 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 den Verantwortlichen 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.

**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 Widerrufes ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Susanne Schimera

Einverständniserklärung:

Ich habe die obigen Punkte zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich stimme den oben beschriebenen Sachverhalten für alle in Zukunft der Praxis für Osteopathie Susanne Schimera sattfindenden Behandlungen meines Selbst zu.

Cuxhaven,

Datum und Unterschrift des Patienten/Patientin