

Honorarvereinbarung + Patienteninformation

Zwischen

Name, Vorname:			
Straße, Nr.:			
PLZ, Ort:			
Geb. Datum:		E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:		Handy:	

und
Heilpraktiker
Dennis Schäfer, Bert-Brecht-Str. 18, 64546 Mörfelden-Walldorf

Wird folgende Honorarvereinbarung getroffen:

Für die Erbringung der heilpraktikertypischen, heilkundlichen Behandlung und/oder Schmerztherapie nach Liebscher & Bracht wird folgende Vergütung vereinbart:

Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von **190,- € pro Stunde**.
Angefangene Stunden werden anteilig berechnet (30€ á 10 Min).
Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung.

Der Praxisinhaber setzt voraus, dass die vereinbarten Termine eingehalten werden, für versäumte Termine, die nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagt werden, zahlt der/die Patient/in, es sei denn, die Verzögerung der Absage ist unverschuldet, den vereinbarten Behandlungspreis. Die Rechnungen der Praxis sind sofort nach Rechnungserhalt fällig und ohne jeden Abzug zahlbar.

Mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt der/die Patient/in, dass er/sie

- a) darauf hingewiesen wurde, dass Heilpraktiker nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen.
Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.
Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen.

Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

- b) darauf hingewiesen wurde, dass Heilpraktiker keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen dürfen.
- c) Ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung und ggf. der Patienteninformation nach der Liebscher & Bracht Behandlung ausgehändigt wurde.

Ort / Datum:

Unterschrift:

Information über die Erhebung von Kundendaten Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) besteht mit Wirkung zum 25.05.2018 die Verpflichtung, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck Ihre personenbezogenen Daten erhoben und gespeichert werden und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen:

- Art. 6 , Art. 9 DSGVO
- die in diesem Zusammenhang abgegebene Einwilligungserklärung.

Dabei beachte ich die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (VO 2016/679 des Europäischen Parlaments und Rates), des Bundesdatenschutzgesetzes und des Telemediengesetzes und aller anderen relevanten datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Meine Mitarbeiter und/oder Erfüllungsgehilfen sind zur Verschwiegenheit, Geheimhaltung und auf Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Selbstverständlich werden die anvertrauten Daten streng vertraulich und verantwortungsvoll behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt, soweit die Übergabe nicht zur Erbringung des Unterrichts und Abrechnung erforderlich ist. Die Daten werden gelöscht, sobald diese für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Jedoch im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen in der Regel 10 Jahre archiviert.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (Kontakt- & Adressdaten sowie Gesundheitsdaten, Bankverbindung, abgegebenen Informationen) gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Einwilligung:

Außerdem stimme ich zu, dass ich über meine angegebenen Kontaktdaten (telefonisch, per SMS, per WhatsApp, per Mail etc.) über Neuheiten, Werbung informiert werde. In diesem Punkt ist die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufbar.

Ich stimme zu, dass Gesundheitsbezogene Daten, wie Bilder zu Schmerzzuständen, Restschmerzstände, mitgebrachte ärztliche Befunde gespeichert werden.

Mir ist dabei klar, dass diese Einwilligungen freiwillig und jederzeit widerruflich sind.

Der Widerruf ist

- per E-Mail zu richten an: dennis.schaefer.lub@gmail.com
- oder postalisch an:

Dennis Schäfer, Heilpraktiker

Bert-Brecht-Str. 18, 64546 Mörfelden-Walldorf

Zudem bin ich berechtigt, Auskunft der über mich gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.

Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist nicht vorhanden.

Mir steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Sollten darüber hinaus Rückfragen auftreten zögern Sie nicht mich zu kontaktieren.

Ort / Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung Behandlung sowie Teilnahme an Übungen

- Ich versichere Ihnen, dass ich alle Fragen über meinen Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe und auf kritische Gegebenheiten ggBfs. vorab schriftlich hingewiesen habe.
- Ich erkläre, dass ich freiwillig, auf eigene Verantwortung und auf eigenes Risiko teilnehme.
- Beschwerden jedweder Art oder Unwohlsein, teile ich zu Beginn der Stunde oder beim Auftritt unverzüglich mit.
- Mir ist bewusst, dass das falsche oder unachtsame Ausführen der Übungen vereinzelt auch gravierende Auswirkungen auf meine Gesundheit haben kann. Ebenso wie unterlassene Hinweise zu meinem Gesundheitszustand.
- Mir ist bekannt, dass ich mit der Ausübung der von mir gewünschten Trainingsweise verbundene Risiken selbst zu tragen habe und für die daraus entstehenden Sach- und Personenschäden selbst aufzukommen habe.
- Falls Folgeschäden auftreten, die darauf zurückzuführen sind, dass ich Ausschlussgründe verschwiegen habe oder ich Übungen nicht richtig ausgeführt habe, ist **Dennis Schäfer, Heilpraktiker**, von jeder Haftung freigestellt. Der Ausschluss gilt nicht für vorsätzliches und grob fahrlässiges Handeln des **Dennis Schäfer, Heilpraktiker**.
- Dies gilt auch für Schäden, die dadurch entstehen, weil ein Ausschlussgrund dem Klienten selbst nicht bekannt und für den Lehrer nicht erkennbar war.
- Haftungsanspruch gegenüber **Dennis Schäfer, Heilpraktiker**, besteht nicht.
- Die Behandlung und Teilnahme an den Kursen kann eine medizinische, ärztliche und/oder fachärztliche Abklärung nicht ersetzen und dient auch nicht dem Ziel.
- Ich verzichte auf alle Ansprüche, bekannt oder unbekannt, gegenüber **Dennis Schäfer, Heilpraktiker**, die aus eventuellen gesundheitlich-medizinischen Beeinträchtigungen als Folge des Trainings entstehen können. Der Ausschluss gilt nicht für vorsätzliches und grob fahrlässiges Handeln des **Dennis Schäfer, Heilpraktiker**.
- Für Wertsachen und/oder Garderobe wird während des Trainings oder bei Wartezeiten keine Haftung übernommen.

Ort / Datum:

Unterschrift:
