

NATURHEILPRAXIS RAUCH HEILPRAKTIKERIN CLAUDIA RAUCH

Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen, 08247 - 9973797
www.rauch-naturheilpraxis.de - info@rauch-naturheilpraxis.de



BEHANDLUNGSVERTRAG

Frau / Herr:
Name/Vorname :
Anschrift:

und

Frau
Heilpraktikerin Claudia Rauch,
Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen-Dorschhausen

schließen folgenden Behandlungsvertrag:

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand des Heilpraktikers. Er erhält hierfür eine Vergütung in Höhe von 95 €, bzw. 150,00 € je voller Stunde und Art der Therapie. Das selbe gilt auch für Telefontermine oder Termine über die Telemedien. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet. Das Honorar ist unmittelbar nach der Behandlung zur Zahlung fällig.

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass:

- die Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.
- für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte die schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich ist;

- die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen die Behandlungskosten des Heilpraktikers für **naturheilkundliche Behandlungen nicht übernehmen**. Die Patienten haben die Behandlungskosten selbst zu tragen.

§ 4 Ausfallhonorar

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, **darunter fällt auch ein online gebuchter Termin**, schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe von **100%** des für den Termin vereinbarten Betrages.

Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt, oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist.

Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.

Datum, Unterschrift Heilpraktikerin Claudia Rauch

Datum, Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter



NATURHEILPRAXIS RAUCH HEILPRAKTIKERIN CLAUDIA RAUCH

Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen, 08247 - 9973797
www.rauch-naturheilpraxis.de - info@rauch-naturheilpraxis.de



SCHRIFTLICHE EINWILLIGUNG GEMÄß DATENSCHUTZ DSGVO

Sehr geehrte/r Patient/in

Um Sie zu erreichen, zu dokumentieren und abrechnen zu können, ist es notwendig, dass wir Ihre Daten speichern.

Es handelt sich bei den Daten um Ihren Namen, Ihre Anschrift, Ihre Telefonnummer und Handynummer, Ihr Geburtsdatum, Ihre Emailadresse und Ihr Geschlecht, eventuell kommen auch noch andere persönliche Daten oder Kontaktdaten über neue Medien im weiteren Verlauf dazu.

Weiterhin werden Daten zu Ihrer gesundheitlichen Situation, von Ihnen an mich übergebene Befunde, Laborwerte und Arztbriefe, Daten der Behandlung und die Kosten erfasst. Hiermit stimmen Sie auch einer Kontaktaufnahme per Telefon, Email und der neuen Telemedien zu, um Sie bei Bedarf schneller informieren zu können.

Diese Daten können bei Bedarf und mit Ihrem Einverständnis an Abrechnungsstellen, Kollegen oder Ärzte zur Weiter-oder- Mitbehandlung weitergegeben werden.

Eine Weitergabe an Dritte - beispielweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht.

Die neuen Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenverarbeitung und die Datenspeicherung.

Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Rechte des Betroffenen:

Sie sind laut §15 DSGVO, jederzeit berechtigt, gegenüber mir um umfangreiche Auskunftserteilung, zu den, zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß §17 DSGVO, können Sie jederzeit gegenüber mir die Berichtigung, Löschung und Sperrung, einzelner, personenbezogener Daten verlangen.

Die Löschung kann aber frühestens nach der gesetzlichen Frist erfolgen. Sie können darüber hinaus, ohne eine weitere Angabe von Gründen, von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern, oder gänzlich widerrufen.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, oder per E-Mail an mich übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei nur die normalen Portokosten, oder die Übermittlungskosten, nach den bestehenden Basistarifen.

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Information, Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mailadresse:

Datum:

Unterschrift: _____

Versicherung:

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung
für Heilpraktiker

Beihilfe plus Zusatz

Mit
freundlichem Gruß,
Claudia Rauch, Heilpraktikerin

