

# Behandlungs- / Beratungsvertrag und Datenschutzvereinbarung (DS-GVO)

zwischen

Patient/in \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Str./Nr. \_\_\_\_\_, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**und**

Heilpraktiker/in **Andrea Perzl**

Str./ Nr. Inntalstr.42, PLZ/ Ort: 94072 Bad Füssing

Email: anperzl@gmx.de

## § 1 Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt beim Therapeuten eine heilkundliche Behandlung in Anspruch einschließlich der dazu notwendigen Diagnose- und Testverfahren. Dabei können außer den wissenschaftlich anerkannten auch solche Verfahren Anwendung finden, denen eine schulmedizinische Anerkennung fehlt und die den Regeln der Alternativmedizin folgen. Die Behandlung kann in Form einer persönlichen Begegnung in der Praxis / bei einem Hausbesuch erfolgen oder auch in Form einer Telefon- / Videosprechstunde.

## § 2 Honorar, Kostenerstattung

(X) Das Honorar ist unmittelbar zu Zahlung fällig. Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung/ Beratung

Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von **140,00 €** mit Schilddrüsenultraschall (90 Min)

Ohne Schilddrüsenultraschall **105,00 €** (60 Min)

„Online Beratung über Zoom“ **105,00 € (keine Therapie)**

## § 3 Aufklärung / Hinweise

Der Patient wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- Die Behandlung ersetzt eine ärztliche Diagnose nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird sofort eine Weiterleitung an einen Arzt veranlasst.
- Eine schriftliche Einwilligung ist erforderlich, wenn die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte erfolgt.

- Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernehmen nicht die Behandlungskosten des Heilpraktikers.
- Versicherte bei privaten Krankenkassen mit Voll- oder Zusatzversicherung können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Dieser ist vor Beginn der Therapie vom Patienten abzuklären. Ebenso hat dieser das Erstattungsverfahren mit seiner Privatkrankenversicherung stets eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker dem Patienten in doppelter Ausfertigung aus.
- Die Erstattungen der PKV oder ggf. der staatlichen Beihilfe sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen den Beträgen aus dem Gebührenverzeichnis und dem vertraglich vereinbarten Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Therapeuten ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

#### **§ 4 Ton- und Bildaufzeichnungen**

Bei Fernsitzungen bedarf es für Aufzeichnungen im Rahmen der Sitzung, in jedem Fall der vorherigen Zustimmung beider Seiten. Gleiches gilt dann auch für die spätere Verwendung der Aufzeichnung. Sollte es keine vorherige Vereinbarung geben, sind Aufzeichnungen für beide Seiten nicht erlaubt.

#### **§ 5 Ausfallhonorar**

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn der Klient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert war. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.

#### **§ 6 Gerichtsstand**

Meinungsverschiedenheiten sollten gütlich beigelegt werden. Beschwerden, Gegenvorstellungen oder abweichende Meinungen sollten immer schriftlich der anderen Partei vorgelegt werden. Bei Meinungsverschiedenheiten aus dem Behandlungsvertrag, die trotz beiderseitigen Bemühungen nicht gütlich beigelegt werden, ist der Gerichtsstand die Praxisanschrift.

## § 8 Schlussbestimmungen

Die Behandlung, auch Fernberatung enthebt den Patienten nicht, die vollen Verantwortung für seine Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichtet sich der Patient sich zeitnah zu melden.

Für diesen Behandlungsvertrag, bzw. dessen Durchführung gilt ausschließlich deutsches Recht. Abweichende Vereinbarungen zu diesem Behandlungsvertrag sind nur dann wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart wurden.

Hiermit stimme ich dem Behandlungsvertrag zu.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

## § 9 Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung (DS-GVO)

In der Praxis können wir nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) die angebotenen Dienstleistungen korrekt, schnell und wirtschaftlich erbringen.

Nach Artikel 9 des „Code of Conduct“ (CoC) können folgende Stammdaten von Patienten verarbeitet werden (Beispiel):

- Name, Adresse, Geburtsdatum
- Kundennummer, Versicherungsnummer(n)
- vergleichbare Identifikationsdaten
- Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten
- Angaben zur Werbesperre oder Werbeeinwilligung
- Sperren für Markt- und Meinungsforschung
- Daten zur Abgabe in ISH zur digitalen Abrechnung

Dies geschieht nur, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung des Code of Conduct (CoC) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

Hinweis: Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Telefon- und Video-Sprechstunden die Sicherheit der gewählten Kanäle seitens der Praxis nicht gewährleistet werden kann und

versichere hiermit, die Praxis nicht regresspflichtig zu machen, falls es aufgrund von etwaigen Sicherheitslücken zu unbefugtem Informationsfluss durch Dritte kommen sollte. Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht des Therapeuten und der Praxis jedoch bleiben hiervon unberührt.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DS-GVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

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

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

### **Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß § 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DS-GVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach der gesetzlichen Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.