Praxis für Osteopathie

www.osteopathie-leben.de

1. Behandlungsvertrag Osteopathie

zwischen Inken Hahn, Franz-Kirsten-Straße 1, 55411 Bingen, Mobil: 0172 7045518, info@osteopathie-leben.de

und Name, Vorname _____
ggf. Erziehungsberechtigte/r

Geburtsdatum _____. _____. _____

Straße, Hausnummer _____

Krankenkasse _____

❑ Beihilfe ❑ P
❑ Zusatzversicherung ❑ gesetzlich

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Hausarzt _____

E-Mail _____

Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Untersuchung, Behandlung und Abrechnung auf Grundlage der heilpraktischen Tätigkeit **(GebüH).** Als Honorar für eine osteopathischen Behandlung mit Anamnesegespräch wird unabhängig von der Länge der Behandlung der Betrag von etwa 120,– Euro vereinbart, dies gilt verpflichtend, unabhängig von individuellen Versicherungsverhältnissen und Erstattungsmöglichkeiten des Patienten. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist nach der Behandlung unmittelbar fällig (§ 614 BGB) und **innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung** zu zahlen. Die Einwilligung gilt auch für nachfolgende Behandlungen.

Anmeldung und Terminorganisation

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Der vereinbarte Termin ist für Sie persönlich und verbindlich reserviert. Der/die Patient/-in verpflichtet sich deshalb, Termine pünktlich einzuhalten oder spätestens **24 Stunden vorher** per E-Mail oder Telefon abzusagen. Für **unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine** fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 70,– Euro an.

_____
*Datum, Unterschrift Patient*in*

_____
Datum, Unterschrift Inken Hahn / Praxisstempel

2. Einwilligung in die Datenverarbeitung

(Rechtsgrundlage: Art.6 Abs.1 lit. a, Art.9 Abs.2 lit.a DSGVO)

Hiermit erkläre ich gegenüber der Praxis von

Inken Hahn, Franz-Kirsten-Straße 1, 55411 Bingen,
Mobil: 0172 7045518, info@osteopathie-leben.de

meine Einwilligung in die Verarbeitung und elektronischer Speicherung meiner Gesundheits- und personenbezogenen Daten zum Zwecke der Umsetzung des Behandlungsvertrages, zur Terminabsprache (Email-Kontakt), der vorgeschriebenen Dokumentation und Rechnungsstellung. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, wenn ich nicht ausdrücklich zugestimmt habe. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sie ist für die Durchführung des Behandlungsvertrages aber erforderlich. **Das Datenschutz-Informationsblatt gemäß Art. 13 DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.**

_____
*Datum, Unterschrift Patient*in*

3. Informationsblatt für Patienten zum Datenschutz:

A. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Praxis für Osteopathie Inken Hahn
Franz-Kirsten-Straße 1, 55411 Bingen
info@osteopathie-leben.de, Mobil: 0172 7045518

B. Zweck der Verarbeitung

Die Sie betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten sowie Befunde werden zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags gemäß Art.6 Abs.1 lit. a DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO und zur Berechnung der erbrachten Leistungen elektronisch verarbeitet und gespeichert. Die Datenverarbeitung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist aber erforderlich, um im Rahmen des Behandlungsvertrags die Terminabsprachen auch gegebenenfalls über E-Mail-Kontakt, die Diagnostik, die Behandlung und die Abrechnung durchzuführen zu können. Ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Durchführung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

C. Empfänger der Daten

Die Sie betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten sowie Befunde werden nur an Dritte weitergegeben, soweit dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben.

D. Speicherdauer

Die Sie betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten sowie Befunde werden für die Dauer der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist aufbewahrt (in der Regel 10 Jahre nach Beendigung des Behandlungsvertrags).

E. Betroffenenrechte

Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu verlangen. Sie haben auch ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, ein Recht auf Berichtigung und Einschränkung der Verarbeitung sowie Löschung der Daten, soweit dem keine gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungspflicht entgegensteht. Weiter haben Sie das Recht, Beschwerde bei dem zuständigen Landesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz einzulegen und können die mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen. Soweit die Datenverarbeitung auf einer gesonderten Einwilligung beruht (siehe unter C), kann diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

4. Patientenaufklärung

In der Osteopathie werden akute und chronische schmerzhafte Beschwerden sowie symptomfreie Störungen am Stütz- und Bewegungsapparat, also Funktionsstörungen der inneren Organe, des Nervensystems und des Cranio-Sakralen Systems in seiner Gesamtheit manuell untersucht und individuell angepasst behandelt.
Ziel ist es immer, in möglichst wenigen Behandlungen das Gleichgewicht der Körperfunktionen wiederherzustellen, zu stabilisieren und zu halten.

Individuelle Risiken / Vorerkrankungen / OPs / Medikamente / Anmerkungen:

_____

_____

_____

Reaktionen / Risiken der Behandlung:

- Muskelschmerzen, Muskelkater, Müdigkeit, Erschöpfung, Kopfschmerzen, Schwindel, kurzfristige Verschlimmerung der Beschwerden (Erstverschlimmerung)
- Seltene Risiken: Reizung von Nerven oder Gewebe, Kreislaufreaktionen, bei entsprechenden Vorschädigungen theoretisch Gefäßreaktionen oder Bandscheibensymptome
- Wirbelsäule: Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut, in seltensten Fällen (1:400.000 – 1:2.000.000) kann es zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Kontraindikationen / keine Behandlung bei:

Akute Entzündungen, Aneurysmen, fieberhafte Erkrankungen, Tumore, schwere neurologische Störungen, Frakturen, Infektionskrankheiten, Durchblutungsstörungen des Gehirnes, Bluterkrankheit, Thrombosen, spontane Hämatombildungen.

5. Einwilligung in die Behandlung

Ich bestätige hiermit, rechtzeitig vor der Behandlung von Frau Inken Hahn umfassend und verständlich mündlich über die Untersuchung und Behandlung aufgeklärt worden zu sein. Bei Gesundheitsstörungen werde ich umgehend **ärztliche Abklärung** einholen.

❑ **Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.**

❑ **Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung mittels Osteopathie.**

_____ _____

*Datum, Name des/der Patient*in in Druckbuchstaben* | *Ort, Datum, Unterschrift Patient*in*

❑ **Ein/e Kopie/Foto von der Einwilligung habe ich erhalten.**

_____ _____

*Unterschrift Patient*in* | *Unterschrift Inken Hahn / Praxisstempel*