

Behandlungsvertrag

Vertrag zwischen

Praxis für Osteopathie und Massage Sabrina Schaffitzel, Naumburger Str. 28, 04229 Leipzig

Und

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Telefonnummern: _____

E-Mail-Adresse: _____

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten. Die Behandlungen des Osteopathen / Heilpraktikers umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren. Es handelt sich um einen Behandlungsvertrag nach § 630 a ff BGB in Verbindung mit §611 BGB, der dann zustande kommt, wenn der Patient diesen Behandlungsvertrag unterschrieben hat oder in einer anderen Weise das Angebot der Praxis formlos angenommen hat. Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag die Anrede „Patient“ genutzt, dabei ist von Patienten jeglichen Geschlechts die Rede.

II. Honorar

Das Honorar einer Heilbehandlung wird entsprechend der Massage-Dauer (30 Minuten 50€; 45 Minuten 70€; 60 Minuten 80€; 90 Minuten 120€) vereinbart. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Im Falle des Verzugs ist die/der Patient/-in zur Zahlung einer Mahngebühr in Form einer Vertragsstrafe von EUR 5,00 EUR verpflichtet. Sollte eine weitere Erinnerung erforderlich sein, fällt eine zusätzliche Vertragsstrafe von weiteren EUR 10,00 an.

III. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.

Der Patient ist daher verpflichtet,

- Termine pünktlich einzuhalten,
- falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber **24 Werktagstunden** vorher abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Der Termin wird kostenfrei storniert und ein Ersatztermin angeboten.

Der Patient hat die Möglichkeit per Anruf unter 0178 51 78 109 (Sie können Ihre Nachricht gern auf der Mailbox hinterlassen) oder per email unter osteopathie-leipzig@posteo.de mich über die Absage in Kenntnis zu setzen.

Unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vor Termin) werden mit 100% des Behandlungssatzes der entsprechen gebuchten Massage-Dauer in Rechnung gestellt.

Versprechen auf Heilung

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

Behandlungshinweis

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.

Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird fällt unter die Schweigepflicht. Die Therapeutin verpflichtet sich, ihre Privatsphäre zu wahren und keinen Inhalt aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. In besonderen Fällen, wie z.B. einer Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes oder gerichtliche Anordnung ist die Therapeutin von der Schweigepflicht entbunden.

Datenschutz

Die Praxis speichert personenbezogene Patientendaten, soweit dies für Diagnose, Beratung und Therapie sowie für die Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Es gelten hier die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.

IV. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH).

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der/dem Patient/-in und der behandelnden Heilpraktikerin unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.

Ort, Datum

Name und Unterschrift Patient:in

Sie können ihre Einwilligung jederzeit formfrei widerrufen und die Behandlung abbrechen. Des Weiteren können Sie jederzeit eine Vertrauensperson Ihrer Wahl der Behandlung zuziehen.

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Die Beantwortung ist freiwillig: Sie müssen nicht alle Fragen beantworten.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Größe, Gewicht:

Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft (welcher Monat)?

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?	Traten dabei Lähmungserscheinungen in Beinen/Armen auf?	Seit wann bestehen die Beschwerden?	Beschreiben Sie bitte den Schmerz!	Was löst den Schmerz aus? & Was lindert ihn?

Gibt es ärztliche Diagnosen?

Gab es bereits Voruntersuchungen?

<i>Bildgebung: CT, MRT, Röntgen</i>	
<i>Labor: Blutwerte, Urin</i>	

Operationen, Knochenbrüche und Unfälle (zutreffendes Ankreuzen und ggf. ergänzen)

X	
	<i>Blinddarm entfernt</i>
	<i>Rachenmandeln entfernt</i>
	<i>Gallenblase entfernt</i>
	<i>Knochenbrüche:</i>
	<i>Unfälle, Schleudertrauma:</i>

Hatten Sie schon mal eine osteopathische Behandlung? Kam es dabei zu Problemen?

Leiden Sie unter (bitte zutreffendes ankreuzen)?

X	
	<i>Kopfschmerzen?</i>
	<i>Migräne?</i>
	<i>Sehstörungen?</i>
	<i>Schluckstörungen?</i>
	<i>Probleme mit Kiefer(gelenk), Zähnen?</i>
	<i>Zahnsperre in der Jugend getragen?</i>
	<i>Schwindel?</i>
	<i>Tinnitus?</i>
	<i>Tritt dieser zeitgleich mit Pulsschlag auf?</i>
	<i>Einseitig oder beidseits?</i>
	<i>Beschwerden im Brustkorb, Atemprobleme, Lungenerkrankungen (Tbc, Asthma, Lungenentzündung, chronische Bronchitis)? Wenn ja, bitte spezifizieren:</i>
	<i>Herzerkrankung, angeborene Herzfehler?</i>
	<i>Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck (wie hoch?)</i>
	<i>Verdauungsprobleme?</i>
	<i>unregelmäßigem Stuhlgang? Wenn ja, wie oft, welche Farbe und Konsistenz?</i>
	<i>Magenerkrankung?</i>
	<i>Darmerkrankung ?</i>
	<i>Gab es eine Koloskopie / Darmspiegelung?</i>
	<i>Bauchspeicheldrüsenerkrankungen? Zb. Diabetes mellitus</i>
	<i>Nierenerkrankungen?</i>
	<i>Rotfärbung des Urins?</i>
	<i>Lebererkrankungen?</i>
	<i>Leiden Sie an einer Bindegewebserkrankung (Marfan Syndrom, Ehlers-Danson Syndrom)?</i>
	<i>Allergien Wenn ja, welche?</i>
	<i>Nerven: Epilepsie, Lähmungen?</i>
	<i>Hautkrankheiten?</i>
	<i>Schilddrüsenerkrankung?</i>
	<i>Stoffwechselerkrankungen: Rheuma, Gicht?</i>
	<i>Krebserkrankung?</i>
	<i>Psychische Erkrankungen?</i>
	<i>Andere Grunderkrankungen oder andere akute Erkrankungen, die vermutlich nichts mit dem Grund Ihres Besuchs zu tun haben. Wenn ja, was?</i>

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche?

<i>Name</i>	<i>Dosierung</i>

Veränderungen im letzten Jahr bei Hunger, Durst, Verdauung? Falls ja bitte spezifizieren.

Gewohnheiten

Rauchen Sie (wenn ja, wieviel)?

Trinken Sie Alkohol (wenn ja, wieviel)?

Leiden Sie unter viel Stress?

Machen Sie regelmäßig Sport?

Wie ist ihr Schlaf?

Familiengeschichte

	<i>Wer in der Familie?</i>
<i>Bluthochdruck</i>	
<i>Blutzuckererkrankung</i>	
<i>Herzinfarkt</i>	
<i>Schlaganfall</i>	
<i>Fettstoffwechselstörung</i>	
<i>Asthma</i>	
<i>Krebs</i>	
<i>Thrombosen</i>	
<i>Sonstiges</i>	

Leipzig, Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Osteopathie Sabrina Schaffitzel
Naumburger Str. 28, 04229 Leipzig

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten bin ich nicht verpflichtet.

3. Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Personenbezogenen Daten werden zu den folgenden Zwecken verarbeitet:

- a. Umsetzung des Behandlungsvertrags mit Abrechnung, Rechtsgrundlage: Einwilligung nach Artikel 6 Abs.1 Buchstabe a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO bezüglich der Gesundheitsdaten
- b. Newsletterversand, Rechtsgrundlage: Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO (wenn eine Einwilligung Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist)
- c. Verarbeitung ist die Zustellung von Rechnungen und Gebührenbescheide per E-Mail. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a, b, c DSGVO.

4. Art der personenbezogenen Daten

Zu den unter 3. genannten Verarbeitungszwecken werden folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Zu 3a., d.: Gesundheitsdaten wie der Behandlungsverlauf, Kontaktdaten, Rechnungsdaten

Zu 3b.: Name und Email-Adresse

Zu 3c.: Name, Behandlungsart, Rechnungsdaten

5. Empfänger der personenbezogenen Daten

Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben.

6. Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Daten werden nur solange gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Zwecks erforderlich ist.

Nicht gelöscht werden dürfen Daten, für die eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht nach Art. 17 Abs. 3 DS-GVO, beispielsweise nach § 630 f Abs. 3 BGB die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Eine Aufbewahrung kann auch danach noch erforderlich sein, wenn die Gesundheitsdaten wichtige Informationen enthalten, deren Aufbewahrung im Interesse des Berechtigten liegt.

Eine Aufbewahrung kann sich nach entsprechender Abwägung auch aus Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO ergeben bei möglichen Schadensersatzansprüchen des Betroffenen.

7. Betroffenenrechte

Im Hinblick auf die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten haben Sie folgende Rechte:

- Auskunft über ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung Ihrer bei uns gespeicherten Daten (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern wir Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen dürfen (Art. 18 DSGVO)

- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten bei uns (Art. 21 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder einen Vertrag mit uns abgeschlossen haben (Art. 20 DSGVO)

Sofern Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können sich jederzeit mit einer datenschutzrechtlichen Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden (Art. 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG):

Dr. Juliane Hundert
Postfach 11 01 32
01330 Dresden
oder
Devrientstraße 5
01067 Dresden

8. Es besteht keine vertragliche oder gesetzliche Pflicht, uns Ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die Datenverarbeitung der unter 3a. genannten Daten können wir jedoch den Behandlungsvertrag nicht durchführen.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

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

HIERMIT erkläre ich,

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

gegenüber der Praxis

Osteopathie Sabrina Schaffitzel

Naumburger Str. 28, 04229 Leipzig

Telefon: 0178 51 78 109

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- Versand eines Newsletters
- Verarbeitung ist die Zustellung von Rechnungen und Gebührenbescheide per E-Mail

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen und als Informationsblatt zum mitnehmen erhalten.

Datum

Unterschrift