

# 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 [info@osteopathie-schaffitzel.de](mailto:info@osteopathie-schaffitzel.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.

---

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.

## 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

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

Name und Unterschrift