



Behandlungs-Vertrag

Frau Heilpraktikerin Jenny Reetmeyer und

(Vorname, Name)

(Geb.-Datum)

schließen folgende Heilpraktiker-Behandlungsübereinkunft:

1. Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch. Die Heilpraktiker Behandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte - naturheilkundliche Heilverfahren.

2. Honorar

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird eine Vergütung 90 € je volle Stunde. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet. Eventuell anfallende Laborkosten werden separat erhoben.

Besteht eine PKV, Beihilfeberechtigung oder eine entsprechende Zusatzversicherung, erfolgt die Rechnungsstellung in Anlehnung an das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Gebührenordnung für Heilpraktiker PKV-1 mit dem Höchstsatz). Das Honorar ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

3. Hinweise

Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.

Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat Zusatzversicherte und Beihilfe-berechtigte Patienten können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen.

Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.



4. Datenschutzerklärung:

Es werden personenbezogene Daten gespeichert und verarbeitet. Dazu gilt die folgende Patientinformation zum Datenschutz.

Mit meiner obigen Unterschrift erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis von:

Naturheilpraxis Jenny Reetmeyer
Erikastraße 9
49828 Neuenhaus

Ich bestätige:

- dass ich die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt bekommen habe
- dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung, sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
- dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der notwendigen medizinischen Behandlung an Dritte (Labor / Apotheke) weitergegeben werden können.
- dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass diese Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. **Ohne** Einwilligung kann jedoch grundsätzlich **keine** Behandlung erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Der Widerruf ist zu richten an: Naturheilpraxis Jenny Reetmeyer
Erikastraße 9
49828 Neuenhaus

Datum, Unterschrift Heilpraktiker

Datum, Unterschrift Patient