



Behandlungsvertrag

zwischen der Heilpraktikerin **Julia Stickel**, Im Ried 23, 96138 Burgebrach und dem Patienten/In:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Vertragsgegenstand:

Der Patient/In beauftragt die Heilpraktikerin mit der Durchführung einer naturheilkundlichen, alternativmedizinischen, psychotherapeutischen oder physiotherapeutischen Behandlung entsprechend der gebuchten Terminleistung.

Honorarvereinbarung:

Ersttermin: Ersttermin Osteopathie = 96,00 €, Ersttermin Homöopathie = 199 €

Andere Erst- bzw. Folgebehandlungen: Das Honorar der Folgebehandlungen (Präsenztermin, per Telefon oder Videosprechstunde) berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 96,00 Euro / 50 Min. Angebrochene Stunden entsprechend im Verhältnis. Die Abrechnung erfolgt nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH).

Nicht wahrgenommene oder kurzfristig (weniger als 48 Stunden) abgesagte Termine berechnet die Heilpraktikerin in voller Höhe, sofern keine Ersatzperson gefunden werden kann. Dem Patient/In bzw. gesetzlichen Vertreter ist bekannt, dass die Behandlung auf eigene Kosten erfolgt und die Behandlungsleistungen und Sachkosten nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Der Patient/In verpflichtet sich als Selbstzahler, unabhängig von seinem eventuellen bestehenden Erstattungsanspruch an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrages zu zahlen. Die Kostenübernahmepflicht erstreckt sich auch auf weitere Institutionen (z.B. Laboratorien), soweit diese an der Behandlung oder Diagnostik mitwirken. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.

Aufklärung:

Der Patient bestätigt, vom Heilpraktiker ausreichend über die geplante Behandlungsmethode aufgeklärt worden zu sein. Dem Patienten ist bekannt, dass die Behandlungsmethode evtl. wissenschaftlich/schulmedizinisch nicht anerkannt ist. Die Heilpraktikerin weist ausdrücklich darauf hin, dass die Behandlung des Patienten möglicherweise auch schulmedizinisch erfolgen kann. Die Heilpraktikerin rät dem Patienten von einer schulmedizinischen Behandlung ausdrücklich nicht ab.

Einwilligung in die Behandlung:

Der Patient/gesetzliche Vertreter willigt in die Behandlung ein. Eine unterschriebene Ausfertigung der Erklärung hat der Patient/gesetzliche Vertreter erhalten.

Datenschutz:

Die Patienteninformation zum Datenschutz & die AGB's habe ich zur Kenntnis genommen.

Zum Schutze ihrer persönlichen Daten findet die Kommunikation mit der Heilpraktikerin ausschließlich über eine gesicherte + verschlüsselte Plattform statt. Bitte laden Sie sich hierfür die kostenfreie App von Jameda herunter. Bitte nutzen Sie diesen Anbieter für die Terminbuchung, Kurznachrichten und die Übermittlung von Unterlagen. Für eine Kommunikation per E-Mail können wir keine Garantie für den Schutz Ihrer Daten gewährleisten.

Patient:

Unterschrift:

× löschen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/In



Patient/In (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung in die Durchführung von videogestützter Behandlung

Die Behandlung der Leistungen unserer Praxis kann auch mittels einer computergestützten Videositzung erfolgen, sofern der unmittelbare persönliche Kontakt nicht zwingend erforderlich ist. Der Erstkontakt fand bereits in der Praxis Im Ried 23, 96138 Burgebrach statt. Die Entscheidung über die Videositzungen haben die Heilpraktikerin und der Patient gemeinsam unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsgeschichte und Lebensumstände getroffen.

Um die Integrität und Sicherheit der Videobehandlungen zu gewährleisten, gelten folgende Bestimmungen:

1. Die Videositzungen werden ausschließlich von der Heilpraktikerin Julia Stickel durchgeführt.
2. Zur Durchführung der Videositzungen wird ein zertifizierter Anbieter verwendet, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung gewährleistet. Inhalte können weder vom Videodienstanbieter eingesehen noch gespeichert werden. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Servern innerhalb der EU.
3. Vertraulichkeit hat oberste Priorität. Die Videoübertragung findet in ruhigen, geschlossenen Räumen statt. Falls sich weitere Personen im Raum befinden, müssen diese vorgestellt werden.
4. Das Mitschneiden oder Speichern der Videositzung durch irgendeine teilnehmende Person ist untersagt.

Hinweis: Die Sicherheit der Videositzung hängt von der Absicherung der verwendeten Geräte (Tablet, PC, Smartphone, etc.) ab. Schadprogramme könnten Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz vor Fremdeinwirkung gehören unter anderem ein aktuelles Betriebssystem, ein zeitgemäßes Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Durchführung von Videositzungen unter den genannten Bedingungen ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass zur Übermittlung der Zugangsdaten meine E-Mailadresse oder Mobilfunknummer verwendet wird.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter:

× löschen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Einwilligung in Julius Brief

Wir möchten gerne auch zwischen den Terminen mit Ihnen in Kontakt bleiben und Sie regelmäßig über aktuelle Themen aus unserer Praxis informieren. Dafür versenden wir Julius Brief einmal pro Woche in kurzer und übersichtlicher Form.

In Julius Brief informiert Julia über Neuigkeiten aus der Praxis, aktuelle Impulse, organisatorische Hinweise sowie ausgewählte Themen rund um Gesundheit, Behandlung und Begleitung im Praxisalltag.

Für den Versand von Julius Brief erheben und speichern wir ausschließlich Ihre E-Mail-Adresse. Julius Brief wird über die E-Mail-Adresse **hallo@gentleremedies.academy** über unsere Online-Schulungsplattform versendet.

Ihre Daten werden ausschließlich für den Versand von Julius Brief verwendet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und Julius Brief wieder abzubestellen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse für den Versand von Julius Brief gespeichert und verwendet wird. (bitte ankreuzen)

Vor- und Nachname _____

E-Mail-Adresse _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter:

× löschen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter