

Behandlungsvertrag

Ich freue mich, Sie als Patient_in begrüßen zu dürfen. Für meine Arbeit benötige ich einige Angaben von Ihnen.
Bitte füllen Sie alle drei Seiten aus und bringen Sie das Formular auf Seite 3 unterschrieben zum ersten Termin mit.

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

Arbeitgeber / Beruf _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg Blutdruck _____ / _____

Lebensgewohnheiten

Alkohol (Menge) _____ pro ☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat

Kaffee (Menge) _____ pro ☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat

Nikotin (Menge) _____ pro ☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat

Medikamente (z. B. Pille, Schmerzmittel, Abführmittel, Aspirin)

Gesundheitliche Vorgeschichte

Ja	Nein		Details / seit wann
☐	☐	Allergien (z. B. Procain, Echinacea)	_____
☐	☐	Verdauungsprobleme (z. B. Durchfall, Blähungen)	_____
☐	☐	Infekte (z. B. häufige Erkältungen, Pilz)	_____
☐	☐	Herz-/Kreislaufprobleme (z. B. AV-Block, Bluthochdruck)	_____
☐	☐	Stoffwechselerkrankungen (z. B. Schilddrüse, Diabetes)	_____
☐	☐	Rheuma (z. B. Zecke, Fibromyalgie)	_____
☐	☐	Unfälle (z. B. Auto, Fahrrad)	_____
☐	☐	Operationen (z. B. künstliche Gelenke, Kaiserschnitt)	_____
☐	☐	Krebs (z. B. Brust, Darm)	_____
☐	☐	Ansteckende Erkrankung (z. B. AIDS/HIV, Hepatitis)	_____
☐	☐	Sonstiges (z. B. Bandscheibe, Arthrose)	_____

Versicherungsstatus

☐ Gesetzliche Krankenversicherung ☐ Private Zusatzversicherung ☐ Private Krankenversicherung

Als Grundlage zur Rechnungsstellung gilt in der Regel das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH). Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus dem Aufwand und der erbrachten Leistung.

Bei einer Terminabsage unter 24 Stunden wird ein Ausfallhonorar von 50 € berechnet, es sei denn, die Absage bzw. das Fernbleiben ist unverschuldet (z. B. plötzliche Erkrankung).

Unterschrift für Angaben und Behandlungsvertrag: siehe Seite 3.

Datenschutzerklärung

Patient_inneninformation zum Datenschutz

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Christina Bußhoff, Heilpraktikerin · Gesundheitszimmer Bußhoff · Im Ellerbrock 21 · 46397 Bocholt · info@gesundheitszimmer-busshoff.de

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind:

- Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Geschlecht, Beruf, Versicherung
- Gesundheitsdaten: Untersuchung/Anamnese, Laborergebnisse, Arztbriefe, sonstige Befunde/Diagnosen
- Bankverbindung bei bzw. durch EC-Zahlung / Überweisung

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren.

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet: Labore, Steuerberater, IT-Dienstleister, Inkassounternehmen, Banken.

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland oder an internationale Organisationen?

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre Zustimmung nicht in ein Drittland. Ausgenommen ist die Nutzung von Dienstleistern, die nach dem EU-US Data Privacy Framework zertifiziert sind oder mit denen EU-Standardvertragsklauseln vereinbart wurden.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus Ihrer Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtegesetzes 10 Jahre. Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufsrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG).

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel die Behandlung ablehnen bzw. beenden müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung (Scoring und Profiling)

Wird nicht durchgeführt.

10. Praxisverwaltung und Online-Terminbuchung

Online-Terminbuchung: Doctolib GmbH, Friedrichstraße 111, 10117 Berlin. Datenschutzhinweise: www.doctolib.de

Praxisverwaltung: [PRAXISSOFTWARE KLÄREN]

Diese Patient_inneninformation finden Sie jederzeit auch auf www.gesundheitszimmer-busshoff.de

Einwilligung & Unterschrift

Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

- ☐ Ich willige ein, dass meine Daten einschließlich meiner Gesundheitsdaten zum Zweck der Behandlung und Abrechnung verarbeitet werden, wie in der Datenschutzerklärung (Seite 2) beschrieben. (erforderlich)
- ☐ Ich bin mit einer Kommunikation per E-Mail und/oder SMS einverstanden. (freiwillig)

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich sie nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne die Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen.

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. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich bei Christina Bußhoff widerrufen werden.

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

1. Angaben und Behandlungsvertrag

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben (Seite 1) und schließe den Behandlungsvertrag einschließlich der Regelungen zur Abrechnung und zum Ausfallhonorar.

Datum

Unterschrift Patient_in

2. Datenschutz

Mit meiner Unterschrift erteile ich die oben angekreuzten Einwilligungen. Die Datenschutzerklärung (Seite 2) und die Widerrufsbelehrung habe ich vor der Datenerhebung erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bewusst, dass akustisch keine 100%ige Diskretion gewährleistet werden kann.

Datum

Unterschrift Patient_in

Bitte bringen Sie alle drei Seiten ausgedruckt und unterschrieben zum ersten Termin mit.