

Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient, vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken. Vorab noch ein paar organisatorische Informationen:

Terminabsagen:

Ich möchte Sie bitten, Termine bei Verhinderung spätestens 24 Stunden vorher telefonisch, per Mail oder SMS abzusagen. Im Falle einer Absage innerhalb von 24 Stunden behalte ich mir vor 50% der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen, da kurzfristig abgesagte Termine leider nicht neu vergeben werden können.

Behandlungskosten:

Sie erhalten von mir eine Rechnung auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Ich weise darauf hin, dass die Kosten für meine Behandlung möglicherweise nicht vollständig von Ihrer privaten (Zusatz-)Versicherung übernommen werden. Mit der Unterzeichnung dieses Behandlungsvertrages, erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe.

Datenschutz:

Zum Zweck der Versorgung und Abrechnung werden Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet, also Ihre Kontakt - und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen etc. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Wenn Sie meine Beratung über Dienste wie WhatsApp oder Ähnliche in Anspruch nehmen, kann ich nicht für die Sicherheit dieser Informationen garantieren und es geschieht auf Ihre eigene Verantwortung.

Supervision:

Selbstverständlich unterliege ich der Schweigepflicht. Zur Sicherstellung einer bestmöglichen Behandlung habe ich es mir zum Grundsatz gemacht, gelegentlich Patientenfälle mit erfahrenen Kollegen zu reflektieren. Diese Fallbesprechung erfolgt anonym, ohne Angaben von Namen oder sonstigen Daten, die einen Rückschluss auf die Identität des Patienten zulassen würden. Weiter unten haben Sie die Möglichkeit Ihr Einverständnis zu dieser Supervision zu geben bzw. zu verweigern.

Bitte bringen Sie diesen Behandlungsvertrag, zusammen mit dem Anamnesebogen, zum ersten Termin ausgefüllt mit.

Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:

Name: _____ Vorname: _____

Geb: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Mobil: _____ Email: _____

Bitte streichen Sie nicht zu treffendes: Ich bin damit einverstanden / Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Behandlung im Rahmen einer Supervision, anonymisiert, besprochen wird.

Datum und Unterschrift _____
Gerichtsstand Hamburg