

**Gesundheitszentrum im Gäu
Heilpraktikerin Christine Kiefer
Pappelweg 17
72184 Eutingen im Gäu**

Behandlungsvertrag – Privatleistung Heilpraktiker

Name: _____ **Vorname:** _____

geb.am: _____ **Straße:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Ich erkläre hiermit, dass die bei mir durchzuführende Diagnostik und die nachfolgenden Therapien von mir gewollt und verlangt sowie mit dem Therapeuten besprochen worden sind. Ich wurde ausführlich über alle Diagnose-Therapieverfahren, deren Ausführung und Wirkung aufgeklärt und habe diese Erklärung verstanden. Ich erkläre mich mit der Anwendung und Durchführung der Diagnose und Therapie ausdrücklich einverstanden. Ich stimme ebenso der Nutzung meiner Daten gemäß unten stehender Datenschutzerklärung zu.

In dem Aufklärungsgespräch wurde ich ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auch bei Vorhandensein einer Zusatzversicherung diese Leistung eine rein private Leistung darstellt. Ich erkläre und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Rechnungsbetrag in voller Höhe und unabhängig von einer Kostenübernahme durch eine Versicherung bezahlen werde. Ebenso bestätige ich, dass ich dazu in der Lage bin.

Die Abtretung aller sich aus dieser Vereinbarung ergebenden wechselseitigen Ansprüche, gleich aus welchem Rechtsgrund, an Dritte wird ausdrücklich ausgeschlossen. Hier ist insbesondere ein Forderungsübergang nach § 86 Versicherungsvertragsgesetz n.F. oder § 67 a.F. ausgeschlossen.

Datenschutz

Zuständig für den Datenschutz ist: Gesundheitszentrum, Frau HP Christine Kiefer, Pappelweg 17, 72184 Eutingen im Gäu.

Die mit der Anmeldung/Behandlung aufgenommen personenbezogenen Daten müssen wir erheben, verarbeiten. Wir nutzen diese ausschließlich zur Bearbeitung gemäß dieses Behandlungsvertrages und der allgemeinen therapeutischen Betreuung. Ebenso geben wir diese Daten an Dritte weiter: An unser Labor mit Versendung durch Transportunternehmen, an Apotheken oder Firmen für Fachbedarf bei Bestellungen für Sie. Dies erfolgt unter strikter Beachtung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Vorschriften. Wir verwenden Ihre Daten ferner zum Zwecke der Post- und Email-Versendung von Befunden, sofern sie dies wünschen. Sie können der Versendung Ihrer Daten, auch bei jetziger Zustimmung zu diesem Zweck, jederzeit widersprechen. Wenden Sie sich hierzu bitte an

Ihre Daten werden nach der gesetzlichen Aufhebungsfrist von 10 Jahren gelöscht.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten gemäß dieser Erklärung zu und erlaube die Versendung meiner Befunde (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- nur per Email folgende Adresse: _____
- nur per Post
- beides

Bestätigung Datum: _____ Unterschrift : _____

Der Gesamtbetrag für diese Konsultation beträgt pro 1. Behandlungsstunde ca. 130€, folgend dann 110€, wenn die Sitzung kürzer oder länger dauert, dementsprechend anteilig zzgl. Materialkosten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie, rechtzeitig abzusagen (jedoch mindestens 2 Tage vorher). Ansonsten muss ich Ihnen leider Aufwendungen in Höhe von 80 % der Behandlungskosten in Rechnung stellen.

Damit bin ich einverstanden:

Bestätigung Datum: _____ Unterschrift : _____