

Behandlungsvertrag Osteopathie

zwischen

Praxis Inka Gläser

Leher Heerstraße 88, 28359 Bremen

und

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Krankenversicherung : Gesetzlich Privat

Ich erkläre hiermit, die schriftliche Aufklärung zur Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie gelesen und verstanden zu haben.

Ich wurde aufgeklärt, dass mir nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) nach § 615 BGB privat in Rechnung gestellt werden.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Rechnung für die Behandlung nach GebüH (Gebührenverordnung für Heilpraktiker) erfolgt.

Die AGB's der Praxis Inka Gläser stehen in Textform und auf der Homepage als Download zur Verfügung.

Dies habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Datum

Unterschrift des Patienten:

Patientenaufklärung:

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht. Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist kontraindiziert bei:

Aneurysmen, akuten Entzündungen, Infektionserkrankungen, Fieberhaften Erkrankungen,
Brüchen, Tumorerkrankungen, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Bluterkrankheit, Thrombosen,
spontanen Hämatombildungen, akuten Psychosen oder Depression.

Risiken / Wirkung der Behandlung sind:

Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen, kurzfristige Symptomverschlimmerung oder Aktivierung einer chronischen Entzündung, muskelkaterähnliche Schmerzen.

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung mittels Chiropraktik:

Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1.2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Erfolg der Behandlung kann nicht übernommen werden.

Einverständniserklärung zum elektronischen Rechnungsversand

(Email mit Anhang)

Hiermit bestätige ich, dass ich mit dem Erhalt von elektronischen Rechnungen einverstanden bin.

Bitte übermitteln sie die Rechnung als E-Mail mit PDF - Anhang an folgende E-Mail-Adresse:

.....
O oben genannte E-Mail-Adresse

Name:

Datum

Unterschrift des Patienten:

Einverständniserklärung über die Nutzung von SMS und WhatsApp

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Praxis Inka Gläser bezüglich Terminvereinbarungen und Terminabsagen mir über SMS oder WhatsApp Nachrichten senden darf. Ich habe Kenntnis darüber, dass Nachrichten über SMS und WhatsApp nicht DSGVO konform sind.

.....
Datum

Unterschrift des Patienten:

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Inka Gläser meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen, Bremer Inkasso GmbH im Falle der Nichtzahlung.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt, und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an: Praxis Inka Gläser, Leher Heerstr.88, 28359 Bremen. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

.....
Datum

Unterschrift des Patienten: