OSTEOPATHIE
FRANZISKA
PISTOR

Name, Vorname d. Erziehungsberechtigten	
Tel. / Mobil	
E-Mail-Adresse	
Straße, PLZ, Ort	

Die Rechnung möchte ich per ◻ Email ◻ Post erhalten.

Allgemeine Angaben zum Kind

Name, Vorname d. Kindes	
Geburtsdatum d. Kindes	
Geschlecht	◻ männlich ◻ weiblich ◻ divers
Versicherung	◻ Gesetzlich ◻ Privat ◻ Beihilfeberechtigt ◻ Zusatzversicherung

Ernährung	◻ ausgewogen ◻ vegetarisch ◻ vegan ◻ sonstige:
Medikamente & Nahrungsergänzung	
Unfälle & Verletzungen	
Operationen	

Kinderarzt / Hausarzt

Name, Anschrift Ggf. Telefonnummer	

Grund für die erste Konsultation

_____

_____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

◻ Internet ◻ Empfehlung

Behandlungsvertrag

Zwischen Praxis für Osteopathische Medizin
Franziska Pistor
Nadlerstraße 2
91183 Abenberg

OSTEOPATHIE
FRANZISKA
PISTOR

Und

_____

Name, Vorname d. Pat. und/oder Erziehungsberechtigten Geburtsdatum d. Pat.

_____

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten / der Patientin.

II. Honorar

Für eine osteopathische Behandlung mit einer Konsultationsdauer von 50-60 Minuten wird ein Honorar von 100€, bei 90 Minuten von ca. 130,00€ vereinbart. Je nach Länge der Konsultation wird das Honorar angepasst.
Zur Behandlung gehört auch das Anamnesegespräch mit dem/der Patienten/in.
Das Honorar ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Rechnungsänderung nicht möglich ist.

III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich den jeweiligen Patienten reserviert ist.
Der Patient ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig vergeben werden kann.

Für unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 60€ an, wobei dem Patienten der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringer Schaden entstanden ist.

IV. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei privatversicherten Patienten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Der Leistungsumfang der Versicherungen unterscheidet sich erheblich, daher hat der Patient die Kostenerstattung vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenkasse abzuklären.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten abhängig von Ihrer Krankenkasse anteilige Erstattung der Behandlungskosten; Erstattbarkeit ist vom Patienten im Voraus selbst abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten und der behandelnden Osteopathin unabhängig der individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

V. Aufklärungspflicht (nach dem BGH für Ärzte & Heilpraktiker)

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die 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. Ist die Diagnose ungesichert, muss zunächst eine entsprechende Abklärung erfolgen.

Nach einer Behandlung können Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Schlafstörungen, muskelkaterähnlicher Schmerz oder kurzfristige Symptomverschlimmerung auftreten. Bei Gesundheitsstörungen verständige ich sofort den Therapeuten oder einen Arzt.

Teilweise werden ergänzend Öle, Kinesiotapes o.ä. verwendet, die i.d.R. keine unerwünschten Nebenwirkungen haben. In seltenen Fällen kann es bei sensiblen Patienten zu allergischen Reaktionen kommen.

Zur Kenntnis genommen:

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift d. Pat. / d. Erziehungsberechtigten

Einwilligung in die Datenverarbeitung

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art.9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Osteopathin Franziska Pistor meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen über die Abrechnungsstelle Lemniscus, Terminabsagen und Rechnungsversand per Email, zur therapeutischen Dokumentation sowie zum Erstellen von Behandlungsberichten.

Ihre Daten werden verschlüsselt an die Abrechnungsfirma Lemniscus übermittelt. Die Weitergabe Ihrer Daten an den überweisenden Arzt oder Krankenkassen erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der 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 mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs ist dieser zu richten an:

Praxis für Osteopathische Medizin
Franziska Pistor
Nadlerstraße 2
91183 Abenberg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht 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.

Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift d. Pat. / d. Erziehungsberechtigten

OSTEOPATHIE
FRANZISKA
PISTOR