



Naturheilpraxis Andrea Hubert

Amsefweg 18 / 63931 Kirchzell
Tel. 0 93 73 / 20 62 402

Homöopathie
Wirbelsäulenbehandlung nach Dorn
Cranio Sacral Therapie
Fußreflexzonenbehandlung

Termine nach Vereinbarung

Naturheilpraxis
Andrea Hubert



Behandlungsvertrag – Privatleistung Heilpraktiker

Name: _____ Vorname: _____

geb.am: _____ PLZ: _____

Strasse: _____ 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.

Das Honorar beträgt für alle in meiner Praxis angewendeten Behandlungsmethoden **90,00 € pro Std.** aus Behandlungszeit und Stundensatz errechnet sich der Gesamtbetrag. Terminabsagen müssen 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin vorliegen per Email oder per Telefon. Bei einer kürzeren Absage oder Nichterscheinen stelle ich eine Ausfallgebühr von 50% des Honorars in Rechnung.

Die Bezahlung ist nach jeder Behandlung bar zu entrichten. Dies gilt auch für Patienten die Privat- oder Zusatz versichert sind.

Damit bin ich einverstanden:

Bestätigung Datum: _____ Unterschrift : _____



Naturheilpraxis Andrea Hubert, Amsefweg 18, 63931 Kirchzell

Copyright by Andrea Hubert





Datenschutz

Zuständig für den Datenschutz ist: Andrea Hubert, Amselweg 18, 63931 Kirchzell.
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, Werbung für Praxisdienstleistungen, Workshops oder Seminare 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: naturheilpraxis-andrea-hubert@t-online.de

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

Ich stimme der Nutzung meiner Daten gemäß dieser Erklärung zu und erlaube :

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ die Versendung meiner Befunde nur per Mail an folgende Email:

- ☐ nur per Post

- ☐ Beides

Bestätigung Datum: _____ Unterschrift : _____





Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich:

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ PLZ: _____
Strasse: _____ Ort: _____

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Beratung/Behandlung in der Praxis von:

Naturheilpraxis Heilpraktikerin Andrea Hubert, Amselweg 18, 63931 Kirchzell

Ich bestätige:

- Dass ich die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt bekommen habe.
- Dass, ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung, sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
- Dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich **keine** Behandlung erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Bestätigung Datum: _____ Unterschrift : _____

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. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder in Textform widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an **Heilpraktikerin Andrea Hubert, Amselweg 18, 63931 Kirchzell**

Bestätigung Datum: _____ Unterschrift : _____

