



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

Liebe PatientInnen

Herzlich willkommen in der Naturheilpraxis im Grünen. Vor jeder Behandlung stehen durch den Gesetzgeber, aber auch durch die Sorgfaltspflicht, eine Reihe administrativer Abläufe vor uns.

Dies ist heutzutage notwendig und muss vor dem eigentlichen Termin, in dem es um Sie und ihr Anliegen gehen soll, abgewickelt werden.

Vor einer möglichen Behandlung/Beratung benötige ich von Ihnen die Bestätigung verschiedener Dokumente und Vereinbarungen, wie:

- Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung
- Sondervereinbarung für die Telefonsprechstunde
- Zustimmung zu dem Datenschutz (DSGVO)
- Datenblatt mit Kontaktdaten
- Vorbefunde

Selbstverständlich kläre ich beim Erstgespräch auch noch einmal die Vereinbarungen und alle Fragen dazu.

Bitte lesen Sie sich alle Informationen aufmerksam durch.



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

Information und Aufklärung

In meiner Praxis ist mir der Gedanke einer komplementären Behandlung, d.h. ergänzend und nicht ersetzend, und Begleitung wichtig.

Aus diesem Grund bitte ich stets alle Vorschläge und mögliche Therapieansätze mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.

Erst nach gründlichem Abwägen aller möglichen Interaktionen und persönlicher Situation, individuellen Befunden und Bedürfnissen, kann der behandelnde Arzt entscheiden, welche komplementären Strategien sinnvoll sind.

Einige Therapien sind in Deutschland unter Arztvorbehalt, das bedeutet, möglicherweise sinnvolle Therapien werden nicht in der Naturheilpraxis durchgeführt.

Auch einige Diagnostiken sind unter Arztvorbehalt. Das bedeutet, dass ich gerne aufkläre, welche Möglichkeiten es geben kann, diese jedoch nicht in meiner Praxis durchführen kann.

Name und Vorname: _____

Hiermit bestätige ich, dass mich Frau Christine Hoßfeld über die Notwendigkeit einer weiteren ärztlichen Diagnostik und Behandlung umfänglich aufgeklärt hat und mir nahegelegt hat, in keinem Fall bisherige Therapien ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt abzusetzen.

Ort, Datum

Unterschrift



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

Datenblatt

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Versicherung: _____

Hiermit bestätige ich, die Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben und den Erhalt der Information zum Datenschutz (DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten DSGVO

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung bei Frau Christine Hoßfeld in der Naturheilpraxis im Grünen.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Behandlung (Anamnese, Diagnose, Therapie, Nachsorge, usw.) sowie aufgrund des zugrundeliegenden Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person erhalten.
- 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 durch Christine Hoßfeld erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

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 Christine Hoßfeld grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:
Christine Hoßfeld, Naturheilpraxis im Grünen, Schorengasse 4, 86862 Großkitzighofen



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

Honorarvereinbarung

Zwischen

Christine Hoßfeld, Naturheilpraxis im Grünen
&

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Ich wurde von Christine Hoßfeld darauf hingewiesen, dass ich die mit dieser Behandlung entstehenden Kosten möglicherweise selbst tragen muss und eine Erstattung seitens meiner Krankenkasse nicht immer vollständig gewährleistet ist.

Ich wurde informiert, dass auch Beratungen in der Telefonsprechstunde und Beratung per E-Mail nach den gleichen Modalitäten wie Termine vor Ort abgerechnet werden.

Kosten

Sprechstunde	€ 70 / Stunde
Ersttermin Harmonie	€ 120
Verlaufskontrolle Harmonie	€ 70 / Stunde
Ultraschall Verlaufskontrolle	€ 25

Vereinbarte Behandlungstermine sind verbindlich!

Im Falle einer Verhinderung können Termine bis 48 Stunden (freitags entsprechend für die Termine montags und dienstags) ohne Zahlungsverpflichtung abgesagt werden. Andernfalls erstatte ich Frau Hoßfeld ein Ausfallhonorar von 70€ je Stunde (Stand Sept. 2021)

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Falldiskussion in Laienforen, Facebook und anderen sozialen Netzwerken ohne vorherige Absprache mit Frau Hoßfeld nicht sinnvoll ist und habe es verstanden, mich bei Fragen oder Unsicherheiten zuerst an die Praxis zu wenden.

Ort, Datum

Unterschrift



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

Behandlungsvertrag

zwischen

Christine Hoßfeld, Naturheilpraxis im Grünen (nachfolgend Heilpraktikerin genannt)

&

Vorname Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____ (nachfolgend Patient genannt)

§1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine naturheilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlung umfasst auch wissenschaftlich und/oder schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren.

§2 Behandlung

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

§3 Behandlungshinweis

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung der Heilpraktikerin eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird eine Weiterleitung an einen Arzt empfohlen. Dies gilt auch dann, wenn aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung in der Praxis nicht möglich sein sollte.

§4 Schweigepflicht

Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, über alles Wissen, das sie in der Berufsausübung über die Patienten erhält, Stillschweigen zu bewahren. Sie offenbart das Berufsgeheimnis nur dann, wenn der Patient sie von der Schweigepflicht befreit, wenn sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet ist. (Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen oder auf behördlicher Anordnung).

§5 Sorgfaltspflicht

Die Heilpraktikerin arbeitet mit der größtmöglichen Sorgfalt. Der Patient hat eine Mitwirkungspflicht und garantiert, dass alle in der Behandlung gemachten Angaben in Bezug auf: Beschwerden, Symptome und bisheriger Therapien wahrheitsgemäß sind.



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

§6 Aufklärungspflicht

Die Heilpraktikerin ist verpflichtet, dem Patienten die Möglichkeit und Risiken der Behandlung zu erläutern, insbesondere auch die Notwendigkeit zusätzlich ärztlichen Rat einzuholen. Mit der Unterschrift des Vertrages bestätigt der Patient, dass nachfolgende Punkte umfassend besprochen wurden:

1. Diagnose und Art der Erkrankung
2. mögliche Behandlungsmethoden
3. voraussichtliche Dauer der Behandlung (soweit absehbar)
4. mögliche Behandlungsalternativen, Kosten, Belastungen, Risiken und Erfolgchancen der Therapie

§7 Erstattung der Behandlungskosten durch die Versicherten

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Behandlungskosten für Heilpraktiker in der Regel nicht.

Privatkassen und Zusatzversicherungen erstatten Behandlungskosten nur im Rahmen des individuellen Versicherungsvertrages und ggf. nicht alle Leistungen in voller Höhe.

Der Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Erstattungsleistung in voller Höhe.

§8 Honorarvereinbarung / Behandlungsvertrag

Siehe Honorarvereinbarung

Es werden auch ausdrücklich Sätze oberhalb des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker abgerechnet.

§9 Entschädigung bei Nicht- bzw. kurzfristiger Terminabsage

Siehe Honorarvereinbarung

Falls vereinbarte Therapietermine nicht wahrgenommen werden können, sind Termine spätestens 48 Stunden vorher abzusagen.

Ich bitte um Verständnis, dass bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage, ein Ausfallhonorar abhängig vom vereinbarten Termin berechnet wird.

§10 persönliche Patientendaten und medizinische Befunde

Siehe DSGVO

Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinische Befunde des Patienten in einer Patientenkartei erhoben und gespeichert werden.



Christine Hoßfeld
Heilpraktikerin

Schorengasse 4
86862 Großkitzighofen

Tel. 08248 9699422
info@naturheilpraxis-hossfeld.de
www.naturheilpraxis-hossfeld.de

Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten. Sie können sich für eine Auskunft jederzeit an mich wenden.

Ferner haben Sie das Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, soweit Ihnen dies gesetzlich zusteht. Sie haben ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Ein Recht auf Datenübertragbarkeit besteht ebenfalls im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Löschung von Daten

Wir löschen personenbezogene Daten grundsätzlich dann, wenn kein Erfordernis für eine weitere Speicherung besteht. Ein Erfordernis kann insbesondere dann bestehen, wenn die Daten noch benötigt werden, um vertragliche Leistungen zu erfüllen, Gewährleistungs- und ggf. Garantieansprüche prüfen und gewähren oder abwehren zu können. Im Falle von gesetzlichen Aufbewahrungspflichten kommt eine Löschung erst nach Ablauf der jeweiligen Aufbewahrungspflicht in Betracht.

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch mich bei der Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren.

Änderung dieser Datenschutzhinweise

Wir überarbeiten diese Datenschutzhinweise bei Änderung der Datenverarbeitung oder bei sonstigen Anlässen, die dies erforderlich machen.

Einwilligungserklärung

Ich wurde über alle genannten Punkte des Behandlungsvertrages umfassend mündlich informiert.

Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages habe ich erhalten.

Großkitzighofen, der _____