

Daniela Töppe
Rüdenschwindener Str. 6
97650 Fladungen OT Leubach
Naturheilpraxis-toeppe@web.de
Tel. 0160/90386172

Patientenmappe

Liebe/r Patient/in,
herzlich Willkommen in Ihrer Naturheilkundepraxis von Heilpraktikerin Daniela Töppe.

Vor jeder Behandlung steht durch den Gesetzgeber und durch meine Sorgfaltspflicht,
eine Reihe von administrativen Abläufen.

Ich benötige von Ihnen die Bestätigung verschiedener Dokumente und Vereinbarungen, wie:

- Zustimmung zum Datenschutz (DSGVO)
- Datenblatt mit Ihren Kontaktdaten
- Vorgeschichte (optional)
- Honorarvereinbarungen mit Auswahl der Zahlungsmodalitäten
- Behandlungsvertrag

Diese können von Ihnen zu Hause in aller Ruhe ausgefüllt werden und sind vorab oder zum
ersten Termin mitzubringen. Bei Unklarheiten - frei lassen, ich helfe ihnen gerne.

Das erspart Zeit und ermöglicht mir Ihr aktuelles Anliegen ganzheitlich zu sehen.

Selbstverständlich erkläre ich Ihnen bei Ihrem ersten Gespräch noch mal die Vereinbarungen
und kläre alle persönlichen Fragen.

Sie erhalten Ihre Unterlagen mit dieser Mappe

Bitte lesen Sie sich alle Informationen aufmerksam durch.

Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung.

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlichen verantwortlichen Heilpraktikerin:

Daniela Töppe, Heilpraktikerin, Rüdenschwinderner Str. 6, 97650 Fladungen

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Verwendung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags 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 mitgeteilt bekommen.
- 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 den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/en

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Der Widerruf ist schriftlich oder mündlich an Daniela Töppe, Rüdenschwindenerstr. 6, 97650 Fladungen zu richten.

Patientenaufnahme

Datenblatt

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	_____
Krankenkasse Private / Zusatz- Versicherung	_____
E-Mail	
Telefon / Mobil	

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

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/en

Honorarvereinbarung

Zwischen:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

und

Daniela Töppe, Heilpraktikerin, Rüdenschwindener Str.6, 97650 Fladungen OT Leubach

Ich wurde von Daniela Töppe darauf hingewiesen, dass ich die mit der Beratung und Behandlung entstehenden Kosten selbst trage und die etwaige Erstattung seitens meiner Versicherung nicht vollumfänglich gewährleistet ist. Das Kostenerstattungsverfahren mit meinem möglichen Kostenträger leite ich selbst. **Eine Nicht- oder Teilerstattung hat keinen Einfluss auf die Honoraransprüche.** Über die voraussichtlichen Behandlungskosten und Abrechnungsmodalitäten, auch ggf. analoger Abrechnung und Abrechnungen oberhalb des Rahmens des GeBüH von 1986 hat mich Frau Daniela Töppe eingehend aufgeklärt und ich bin damit einverstanden.

Bei Nutzung von elektrischem Datenverkehr, (SMS, E-Mail) trage ich die Verantwortung und habe verstanden das Frau Töppe keine Gewährleistung für die 100% Datensicherheit übernehmen kann.

- Ich wünsche eine **Abechnung analog GeBüH** und weiß, dass auch Sätze oberhalb des GeBüH Rahmens mit Faktoren verwendet werden, die nicht immer erstattet werden. **Ich überweise gemäß des Zahlungsziels auf der Rechnung.**

- Ich wünsche eine **pauschale Arbrechnung für Selbstzahler** zum reduzierten Stundensatz 70€ pro Stunde und erhalte eine Rechnung ggf. zur Vorlage beim Finanzamt. Diese Belege enthalten keine Abrechnungsziffern. Diagnosen schwärze ich auf Wunsch selbst. **Ich überweise gemäß des Zahlungsziels der Rechnung.**

Vereinbarte Termine Sind verbindlich!

Im Falle einer Verhinderung können Termine bis 24Std vorher ohne Zahlungsverpflichtung abgesagt werden. Anderenfalls erstatte ich Frau Töppe ein Ausfallhonorar von 50€.

Ich wurde informiert, dass auch Beratungen der Telefonsprechstunde, Online Sprechstunde und Hausbesuche wie Termine vor Ort abgerechnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/ten

Behandlungsvertrag

zwischen:

Naturheilpraxis Daniela Töppe, Heilpraktikerin

und:

Vorname, Name: _____

Straße: _____ PLZ - Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherung: _____

E-Mail und Telefon: _____

§1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine naturheilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlungen umfassen 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 Behandlungshinweise

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.

§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 entbindet. Ausnahme: Die Heilpraktikerin ist von der Schweigepflicht befreit, wenn sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet ist. (Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen oder auf behördliche 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, Symptomen und bisherige Therapie wahrheitsgemäß sind.

§6 Aufklärungspflicht / Aufklärungsumfang

Die Heilpraktikerin ist verpflichtet, dem Patienten die Möglichkeiten 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 die 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 Versicherungen

Die Gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Behandlungskosten für Heilpraktiker in der Regel nicht. Privatkassen und Zusatzversicherung 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 / Behandlungskosten

Siehe auch extra „Honorarvereinbarung“!

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

§ 9 Entschädigung bei Nicht- bzw. kurzfristiger Terminabsage

Siehe auch extra „Honorarvereinbarung“!

Falls vereinbarte Therapietermine nicht wahrgenommen werden können, sind Termine spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bitte um ihr Verständnis, dass ich bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage, ein Ausfallhonorar abhängig vom vereinbarten Termin berechne! Sie erklären sich ausdrücklich einverstanden damit!

§ 10 Persönliche Patientendaten und medizinische Befunde

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

Siehe bitte „DSGVO Bogen“

Einwilligungserklärung:

Ich wurde über alle genannten Punkte (Aufklärungspflicht) 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.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/ten

Terminvereinbarung und Kontakt

Behandlungszeiten sind Montag bis Samstag von 9.00 Uhr bis 18.00Uhr

Bitte vereinbaren Sie dazu einen Termin mit mir.

Terminvergabe bitte telefonisch 0160/90386172

Montag bis Freitag zwischen 7.00Uhr - 9.00Uhr und 19.00Uhr - 20.00Uhr

Oder per E-Mail, Terminanfrage auf: Naturheilpraxis-toeppe@web.de

Ohne Termin kann ich Sie aus organisatorischen Gründen nicht behandeln.

Telefon- Onlinesprechstunde

Eine Beratung/ Behandlung über Kommunikationsmedien kann nur erfolgen, wenn es medizinisch vertretbar ist und die erforderliche Sorgfalt insbesondere über die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung sowie Dokumentation gewährleistet werden kann. In manchen Fällen aber durchaus sinnvoll und wichtig.

Hinweise Telefontermin:

Bei einem Telefontermin rufe ich Sie an. Unter der hinterlegten Telefonnummer zur vereinbarten Zeit (plus/minus 5 Minuten). Bitte seien Sie dann erreichbar. Auch Telefontermine sind verbindlich.

Ausschließliche Fernbehandlungen sind nicht möglich!