

Behandlungsvertrag

– Meine Leistungen, Ihre Sicherheiten

Ilka Krippendorf,
Heilpraktikerin
Waldenburgerstraße 17
57250 Netphen

Liebe Klientin, lieber Klient,

bitte nehmen Sie folgende Informationen zur Kenntnis:

Termine:

Ich vergebe Termine nach Absprache, um genügend Zeit für Sie zu haben und Wartezeiten zu vermeiden. Daher bitte ich darum, bei Verhinderung Termine telefonisch abzusagen. Bitte beachten Sie dazu die unten stehenden Vereinbarungen.

Kosten:

Die Bezahlung der Behandlungen folgt direkt im Anschluss an die Behandlung in bar oder nach Absprache per Überweisung. Sie erhalten von mir die Rechnung als Ausdruck oder digital per Email. Ich möchte Sie jedoch darauf hinweisen, dass die Behandlungskosten von den gesetzlichen Kassen i.d.R. nicht übernommen werden. Auch Private Krankenkassen und Zusatzversicherungen ersetzen die Honorare nicht immer in vollem Umfang, da sie sich auf eine veraltete Gebührenordnung für Heilpraktiker von 1985 beziehen. Ich rechne in der Regel nach der Gebührenordnung ab, aber die Rechnungsstellung kann u.U. den Erstattungsrahmen übersteigen. Meine aktuellen Behandlungskosten liegen bei:

50,00 € für eine Behandlung bis 30 Minuten; 90,00 € für eine Behandlung bis 70 Minuten; 135 € für eine Behandlung bis 100 Minuten; 180 € für eine Behandlung bis 120 Minuten

Einmalige Akupunktursitzung Geburtsvorbereitung 25,00 € (gesetzlich Versicherte) bzw. nach Zeitaufwand s.o. (Privat- und Heilpraktikerzusatzversicherte)

Beendigung der Vereinbarungen:

Beenden Sie vorzeitig unsere Vereinbarungen, entstehen für Sie Ausfallkosten in folgendem Umfang:

- während einer Sitzung: 100 %
- bei kurzfristiger Absage vor einer Sitzung unter 24 Stunden: 100%
- bei Absage einer vereinbarten Terminserie 50% der Gebühren für die Stunden der folgenden 10 Tage
- in allen Fällen mindestens 40 €

Beende ich eine Vereinbarung, entstehen Ihnen selbstverständlich keine Kosten.

Datenschutz:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich erhebe.

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Schweigepflichtsentbindung:

Mit Ihrer Zustimmung und Unterschrift berechtigen Sie mich, Informationen über Diagnostik, Therapie und Beratung mit Kooperationspartnern (z.B. Hebamme, Arzt) auszutauschen. Diese Erklärung können Sie jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen.

Ich versichere Ihnen, dass ich mich in vollem Umfang bemuhren werde, Sie durch meine Arbeit in Ihrem ganzheitlichen Heilungsprozess zu unterstützen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Diese Information habe ich gelesen und bin damit einverstanden:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift (Ilka Krippendorf)