

Behandlungsvertrag

– Meine Leistungen, Ihre Sicherheiten

Ilka Krippendorf, Heilpraktikerin
Praxis für Körpertherapie und Traumaarbeit
Obergraben 19
57072 Siegen

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 erfolgt ausnahmslos nach Rechnungserhalt per Überweisung innerhalb von 10 Tagen. 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 60 Minuten; 135 € für eine Behandlung bis 90 Minuten; 180 € für eine Behandlung bis 120 Minuten

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

Für Paartermine beträgt der Partneranteil 50 % der Kosten, z.B. für 60 Minuten 90 Euro für eine Person und 45 Euro für die zweite Person, demnach 135 Euro Gesamtkosten für 60 Minuten.

Beendigung der Vereinbarungen:

Beenden Sie unsere Vereinbarungen, gleich aus welchem Grund (z.B. auch bei Krankheit), entstehen für Sie Ausfallkosten für die zuvor vereinbarte Zeiteinheit in folgendem Umfang:

- bei Terminverschiebung bzw. Terminabsage ab 24 Stunden bis zum Termin: 100%
- bei Terminverschiebung bzw. Terminabsage ab 48 Stunden bis 24 Stunden zum Termin: 50%
- bei Absage einer vereinbarten Terminserie 50% für die Stunden der folgenden 10 Tage

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)