



Patienten-Erfassungsbogen

Name:	Vorname:
Geburtstag:	E-Mailadresse:
Telefonnummer:	Handy:
Anschrift:	

Kontraindikation für die Arbeit mit einem Magneten:

- Schwangerschaft ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Metall im Körper ja _____ nein

Hauptanliegen für die Emotionscode-Beratung

gewünschter Schwerpunkt der Behandlung:

- Emotionscode Behandlung
- Bioenergetische Massage
- Reiki-Behandlung
- Körperliche Untersuchung inkl. ausführlicher Anamnese (falls ja, bitte zusätzlich den ausführlichen Anamnesebogen ausfüllen).



Honorarvertrag zwischen Nathalie Feder (im Folgenden Heilpraktikerin genannt) und dem erfassten Patienten _____

§1 Art der Behandlung

Mir ist bewusst, dass durch die Behandlung die Selbstheilungskräfte des Körpers gestärkt werden sollen. Bei den eingesetzten Methoden handelt es sich um alternative Heilverfahren, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind und niemals eine schulmedizinische Diagnose oder Behandlung ersetzen können. Die Therapie ist begleitend zu schulmedizinischen und anderen alternativen Heilmethoden einsetzbar.

§2 Heilungsversprechen/ Stellvertretende Arbeit

Die Heilpraktikerin hat keine Heilungsversprechen abgegeben. Die Heilpraktikerin darf stellvertretend für mich besprochene Themen bearbeiten.

§3 Schweigepflicht

Die Heilpraktikerin unterliegt völliger Schweigepflicht, es sei denn sie ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Weitergabe von Daten verpflichtet (z. B. Meldepflicht bestimmter Infektionskrankheiten).

§4 Sorgfaltspflicht

Die Arbeit der Heilpraktikerin unterliegt der Sorgfaltspflicht. Sie wird die kostengünstigste, einfachste und nach ihrem Kenntnisstand effektivste Behandlung empfehlen und durchführen.

§5 Aufklärungspflicht

Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, eine ausführliche Aufklärung über Behandlungsmethoden, voraussichtliche Dauer der Behandlung, Risiken und Erfolgchancen der Behandlung vorzunehmen

§6 Kosten der Behandlung

Eine Stunde Behandlung kostet **80 €** (es wird 15 minutenweise á 20 € abgerechnet).

Emotionscodebehandlungen werden auch telefonisch angeboten. Es wird minutengenau abgerechnet (1,40 Euro/Minute).

Die Kosten für eine Behandlung richten sich nach dem Zeitaufwand. Falls gewünscht, kann bei der Terminabsprache eine Zeitbegrenzung und damit Kostenbegrenzung vereinbart werden.

Gesetzliche Krankenversicherungen erstatten in der Regel **keine** Heilpraktikerkosten.

Ob und in welcher Höhe die private Krankenversicherung Kosten erstattet, ist Bestandteil des jeweiligen Vertrages. Bei Fragen erkundigen Sie sich bitte bei ihrer Versicherung.

Für vereinbarte Termine, die Sie nicht mindestens 24 Stunden im Voraus absagen, werden 30 Euro in Rechnung gestellt.

§7 Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Ich unterliege schon immer einer strengen Schweigepflicht. Nach dem in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:	In Niedersachsen ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:
Nathalie Feder	Barbara Thiel
Praxis Dr. Wittke, Sägemühlenstr. 3	Prinzenstraße 5
29221 Celle	30159 Hannover
Telefon: +49 1575 2006789	Telefon: 0511 12 04 500 Telefax: 0511 12 04 599
E-Mail: nathalie.feder@yahoo.de	E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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, Therapiepläne und Befunde, die ich oder andere Berater/-Therapeuten/Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie eingewilligt haben. (Ausnahme: gesetzliche Vorgaben, siehe §3 Schweigepflicht)

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich und es gesetzlich geregelt ist. Nach rechtlichen Vorgaben bin dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

Durch Ihre Unterschrift stimmen Sie ausdrücklich zu, dass ich Ihnen auch per E-Mail Patientinformationen (einschließlich Rechnungen) zukommen lassen darf.

7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift des für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben unter Nr. 1. entnehmen.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden.

Einwilligungserklärung:

Ich habe die Vereinbarung gelesen, habe diese verstanden und habe keine weiteren Fragen. Ich willige in den Behandlungsvertrag mit der Heilpraktikerin Nathalie Feder ein. Ich habe eine Kopie dieses Behandlungsvertrages erhalten.

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift Heilpraktikerin