



**Naturheilpraxis**

Alexandra Werder

Naturheilpraxis für Homöopathie,  
Bioresonanz und Osteopathie

## Heilpraktiker-Behandlungsvertrag

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

und der Heilpraktikerin Alexandra Werder  
Hannoversche Straße 1  
30938 Burgwedel

schließen folgenden Behandlungsvertrag.

### §1 Vertragsgegenstand

Der Patient bzw. dessen Eltern nimmt eine naturheilkundliche/osteopathische Behandlung der Heilpraktikerin in Anspruch.

### §2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand der Heilpraktikerin. Grundlage der Vergütungsberechnung ist das Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker ( GeBüH ) aus dem Jahr 1985.

**Die Bezahlung muss direkt nach der Behandlung in der Praxis in bar oder per EC- Karte erfolgen.**

### §3 Aufklärung/ Hinweise

- Die naturheilkundliche Behandlung ersetzt keine ärztliche Therapie vollständig. Sofern diagnostische Verfahren bzw. ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die Heilpraktikerin unverzüglich eine Weiterleitung an einen Facharzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn der Heilpraktikerin aufgrund eines Tätigkeitsverbots, eine Behandlung nicht möglich ist.
- Für eine Auskunftserteilung der Heilpraktikerin an Dritte, ist eine schriftliche Einwilligung erforderlich.
- Gesetzliche Krankenkassen übernehmen je nach Versicherungsumfanges einen Teil der osteopathischen Behandlung. Der Patient informiert sich vor Inanspruchnahme der Leistungen, ob und wie hoch eine Bezuschussung der jeweiligen Krankenkasse ausfällt. Mitglieder privater Versicherungen/ privater Zusatzversicherungen können einen Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber der Versicherung haben.
- Vertragsnehmer sind in jedem Fall der Patient bzw. dessen gesetzliche Vertreter sowie die Heilpraktikerin unabhängig vom Versicherungsschutz.

### §4 Ausfallhonorar

Wird ein fest vereinbarter Behandlungstermin nicht 24 Stunden vorher abgesagt, schuldet der Patient bzw. dessen gesetzliche Vertreter der Heilpraktikerin ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 Euro. Dies gilt nicht, wenn der Patient ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist, dies stellt keinen Anspruch dar und wird im Einzelfall entschieden.

**Diese Vereinbarung beginnt vor dem ersten Termin, der seitens der Heilpraktikerin erst bestätigt wird, wenn der Behandlungsvertrag unterschrieben der Praxis vorliegt (per mail: [info kinderosteopathie-burgwedel.de](mailto:info.kinderosteopathie-burgwedel.de) oder per Fax: 05139-9565016).**

### §5 Datenschutz

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation gespeichert werden. Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, die Daten nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.

Um Verzögerungen zu vermeiden, bitte beim ersten Termin ins Navigationssystem Von-Alten Str.2 eintragen, direkt an der Hauptstraße über der Penny Filiale ist die Praxis zu finden.

Parkmöglichkeiten sind am Penny Markt ausreichend vorhanden.

Datum:

Unterschrift Patient:

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten:

Hiermit erteile ich

---

Vorname, Name

Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Heilpraktikerin Frau Alexandra Werder, Hannoversche Str.1, 30938 Burgwedel

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (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 Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

### 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 den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Heilpraktikerin Frau Alexandra Werder, Hannoversche Str.1, 30938 Burgwedel

Tel.: 05139 – 95 65 015 Fax.: 05139 – 95 65 016 Email: [info@kinderosteopathie-burgwedel.de](mailto:info@kinderosteopathie-burgwedel.de)