

Name, Vorname:

 , 

Straße Hausnr.:

als juristische  
Vertretung für:

PLZ Ort:

Festnetz/Handynr.:

 / 

eMail-Adresse:

### Sie werden hiermit - vor Erteilung Ihres Behandlungsauftrags - wie folgt informiert

1. Ihr Behandler<sup>1</sup>, Vertragspartner und für die Datenverarbeitung verantwortlich ist:
  - HPS - Heilpraxis Schoenhoff - **HP Michaela Schoenhoff**, Salinstraße 11a, 7.OG, 83022 Rosenheim
  - HPS - Heilpraxis Schoenhoff - **HP Alexander Schoenhoff**, Salinstraße 11a, 7.OG, 83022 Rosenheim
2. Ihre Behandlung erfolgt auf Basis eines Behandlungs- oder Dienstvertrages gem. § 145 BGB und §§ 611 ff BGB. Dieser Vertrag kommt spätestens durch Anforderung und Inanspruchnahme einer Leistung bei Ihrem Behandler zustande.
3. Lassen Sie einen offiziellen Termin unkommentiert verfallen, hat Ihr Behandler Anspruch auf Ausfallausgleich von mindestens einer Stunde – dies entspricht einem Mindestbetrag von € 80,-. Termine sind also immer verbindlich. Sollten Sie planbar verhindert sein, melden Sie das mindestens 2 Tage zuvor, allerspätestens aber bis maximal 8 Uhr am frühen Vormittag des jeweiligen Termintages per eMail, per Anruf (auch auf den Anrufbeantworter) oder auf einem anderen deutlichen und nachweisbaren Weg.  
Als Ausnahmen für unangemeldetes Nichterscheinen werden nur nachzuweisende private Notfälle und/oder eigene spontane Erkrankungen/Unfälle berücksichtigt.
4. Bargeldzahlung ist nicht vorgesehen. Sie zahlen per Überweisung. Ihre Rechnung erhalten Sie zeitnah entweder per Übergabe, per Post oder per eMail. Den darauf abgedruckten Betrag überweisen Sie ohne Abzüge im angegebenen Zeitraum an das ebenfalls abgedruckte Konto.
5. Behandlung durch Heilpraktiker werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht, bzw. nicht ohne Zusatzversicherungen erstattet. Eine Vorab-Klärung/Abstimmung mit Ihrem Versicherer ob und wenn ja was in welcher Höhe übernommen werden würde, liegt bei Ihnen, nicht bei Ihrem Behandler. Sie erfüllen Ihre Zahlungsverpflichtungen gegenüber Ihrem Behandler also immer und ausnahmslos selbst und eigenverantwortlich. Eventuelle Übernahmen regeln Sie dann direkt mit Ihrem Versicherer.
6. Behandlungen durch private Krankenversicherungen werden - wenn überhaupt - nur erstattet:
  - a. wenn sie gemäß §70, SGB V mit medizinisch anerkannten Methoden erfolgen
  - b. gemäß §70, SGB V das fachlich ausreichende/notwendige medizinische Maß<sup>2</sup> nicht übersteigen
  - c. sich das Honorar im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ bewegt und
  - d. wenn Sie als Versicherungsnehmer einen entsprechenden Tarif abgeschlossen haben
  - e. Beachten Sie auch, dass die privaten Versicherungsträger nicht alle Arzneimittel ersetzen
  - f. Wichtig sind auch die zeitlichen Begrenzungen innerhalb derer Leistungen übernommen werden

<sup>1</sup> Das Wort *Behandler* steht stellvertretend für die Person, die Sie behandelt, also für Ihre Heilpraktikerin oder für Ihren Heilpraktiker  
2 SGB V § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot, angewendet von regulären Krankenkassen:

*Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.* Anm.: Nahezu gleichlautend sind die entsprechenden Regelungen der Privatkassen, hier gilt es alle Ein- und Ausschlüsse, deren Umfang und deren Zeiträume genau zu prüfen.

7. In Erweiterung der Punkte 5. und 6. nehmen Sie weiterhin zur Kenntnis:
  - g. Heilpraktiker bedienen sich traditionell auch solcher Verfahren und Arzneimittel, für die akademisch-wissenschaftliche Nachweise nicht/nicht immer zu erbringen sind
  - h. Es kann im Rahmen einer umfassenden Ganzheitstherapie im Einzelfall vorkommen, dass der Einsatz dieser Verfahren das „notwendige medizinische Maß“ übersteigt
  - i. Die Abrechnung für Ihre Behandlung kann und wird auch deshalb bei einzelnen oder mehreren Posten den Regelhöchstsatz der **GOÄ**<sup>3</sup> bzw. der **GebÜH**<sup>4</sup> übersteigen
8. Heilpraktiker gehören zu den freien Berufen. Sie können also mit Ihren Patienten freie Preise vereinbaren. Da sich Liquidationen - ohne anderslautend vereinbarte Regelung – bei Ihrem Behandler üblicherweise (aber nicht zwingend) an der GebÜH<sup>2</sup> orientieren, gibt es keine pauschalen Stundensätze. Als gute Kalkulationsgrundlage können Sie aber von 80,- bis 90,- €/h zzgl. Materialaufwand ausgehen.
9. Sie wissen nun, dass Sie Behandlungskosten und verschriebene Arzneimittel von den gesetzlichen Kassen nicht erstattet bekommen und dass Sie von privaten Krankenversicherungen mglw. nur dann Rückerstattungen erhalten, wenn die bei der Behandlung unter 4. aufgeführten Kriterien erfüllt werden können, was, wie in den Punkten 5., 6. und 7. dargestellt, nicht immer gegeben ist.
10. Sie sind nun auch informiert darüber, dass die Bezeichnung HEILPRAXIS SCHOENHOFF der werbende Name einer räumlichen Praxengemeinschaft ist. Die dort tätigen Heilpraktiker arbeiten auf selbständiger Basis. Es gibt keine gemeinschaftliche Abrechnung und/oder keine gemeinschaftliche Haftung.

**Hierüber informiert bestätige und erkläre ich,**

dass mein Behandlungsauftrag und die damit verbundene reguläre Zahlungspflicht von den Regelungen und dem jeweiligen Verhalten meines Versicherungsträgers, sowie von Zeitpunkt und Umfang der Kostenerstattung durch diese Versicherung an mich unberührt bleiben.

**Auch die Datenschutzerklärung inklusive der Hinweise zu meinen Rechten, nehme ich hiermit zur Kenntnis.** (siehe ab Seite 3)

**Ich beauftrage hiermit meinen Behandler, alles nach dessen fachlichem Ermessen notwendige zur Besserung meiner Beschwerden zu tun. Ich selbst verpflichte mich, dem persönlichen Ziel gesund zu werden entsprechend, ebenso zur aktiven Mitarbeit an meiner Genesung.**

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Vertretender

\_\_\_\_\_

Unterschrift Behandler

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

<sup>3</sup> GOÄ, Abkürzung für die *Gebührenordnung für Ärzte*

<sup>4</sup> GebÜH, Abkürzung für die *Gebührenordnung für Heilpraktiker*

*Mit Unterzeichnung dieser Dokumente beginnt Ihr Behandlungsvertrag mit Ihrem Behandler. Sie haben bezüglich der Daten, die im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung erfasst werden und die von Ihrem Behandler in Ihrer Patientenakte aufgezeichnet werden, diverse Rechte. Über diese Daten und über die damit verbundenen Rechte werden Sie nachfolgend aufgeklärt.*

## 1. Behandler, Vertragspartner und für die Datenverarbeitung verantwortlich

Siehe Seite 1, Punkt 1.

## 2. Welche Daten werden genutzt?

Ausschließlich für Ihre Behandlung und die Abrechnung notwendige Daten. Darüber hinaus werden im Anamnesebogen weitere freiwillige Informationen abgefragt, die zwar nicht in allen Fällen essentiell wären, für eine möglichst genaue Diagnostik aber dennoch wichtig sein könnten.

Zu den abgefragten Daten gehören:

- Notwendige Stammdaten wie Name, Adresse, Kontaktdaten wie Telefonnummern, eMail-Adressen, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Beruf, Staatsangehörigkeit
- Ergänzende Angaben über Ihren gesamten Gesundheitszustand, Ergebnisse und Details aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse, Lebensweise soziale und berufliche Umstände uam.

## 3. Zu welchem Zweck werden die notwendigen und die ergänzenden Daten erfasst und verarbeitet?

- Kontakt, Anamnese, Befundung, Diagnostik, Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

## 4. Wer bekommt Zugriff auf Ihre Daten?

Wir geben nur die zur jeweiligen Erfüllung unbedingt notwendigen Einzeldaten an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich anderslautend verpflichtet:

- Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Inkassounternehmen
- Mitbehandelnde Therapeuten - nur nach Zustimmung und Freigabe durch Sie

## 5. Kommt es zur Übermittlung der Daten an ein Drittland?

Nein, es erfolgt KEINE Übermittlung Ihrer Daten ohne Ihre Zustimmung ins Ausland

## 6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Nur so lange, wie es gesetzlichen Verpflichtungen entspricht. Behandlungsdaten und Rechnungen werden 10 Jahre gespeichert. Sind Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

## 7. Welche Rechte in Bezug auf Datenschutz und Widerruf haben Sie? Sie haben das Recht...

- auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO
- auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO
- auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO
- auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO
- auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie
- auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO
- auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde gem. Art. 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG

Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit gegenüber Ihrem betreuenden Behandler widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die Sie vor dem Inkrafttreten der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25.05.2018, erteilten. Der Widerruf wirkt ab Aussage für die Zukunft. Verarbeitungen vor dem Widerruf sind davon nicht betroffen.

## 8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung notwendigen Daten bereitzustellen. Bereitstellung weiterer Daten (Anamnese) erfolgt freiwillig. Ohne die notwendigen Daten müssen wir i.d.R. den Abschluss des Behandlungsvertrages oder die Ausführung des Behandlungsauftrages ablehnen oder einen bestehenden Vertrag nicht weiter durchführen können und diesen ggf. beenden.

## 9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Es findet keine automatisierte Entscheidungsfindung und auch kein Scoring im Zusammenhang mit der Beurteilung Ihrer Kreditwürdigkeit statt. Das heißt, verständlicher ausgedrückt, Sie erhalten Ihre gesundheitliche Dienstleistung auf anschließende Rechnung - also ohne vorherige Schufa-Prüfung.

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG MEINER PERSONENBEZOGENEN DATEN

### Hiermit erteile ich

Vorname: \_\_\_\_\_ als juristische  
Vertretung für:  
Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

die Einwilligung in die Erfassung und Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des verantwortlichen Behandlers wie auf Seite 1 unter Punkt 1. zu sehen.

### Ich bestätige folgendes (bitte ankreuzen)

- Ich wurde darauf hingewiesen, 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 wurde darauf hingewiesen, dass diese Einwilligung die Erfassung und Verarbeitung sensibler Daten (also der Gesundheitsdaten) umfasst.
- Ich habe verstanden, dass meine Daten ausschließlich im direkten Zusammenhang mit meiner Behandlung verwendet werden...
- ... das eine Verwendung durch fremde Dritte (bspw. Werbetreibende udgl.) niemals stattfindet...  
... und das in angemeldeten Fällen - also Teildaten für mitbehandelnde therapeutischen Dienstleister, Labore usw. benötigt werden – eine Teilnutzung relevanter Daten nur nach meiner Zustimmung erfolgt
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben wurden bzw. werden mir vor der (auch zukünftig erfolgenden) Datenerhebung von der verantwortlichen Person vorgestellt und erklärt
- 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.
- Ich habe jedoch auch verstanden, dass ohne meine Einwilligung zur Datenverarbeitung grundsätzlich keine rechtskonforme Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen kann.
- Den Inhalt der Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/Vertretenden

### Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt. 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 geschehen, sollte aber schriftlich erfolgen und im jeweiligen Fall auch so widerrufen werden. Den Widerruf richten Sie an die auf Seite 1 unter Punkt 1. markierte, ausgebende Praxis.