

Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen und zum 1. Termin mitbringen,  
Seite 3 ist für Ihre Unterlagen!



Praxis für Ernährung & Heilkunde  
*Bianca Glasschröder*  
Heilpraktikerin

## Behandlungskostenvereinbarung

Zwischen Heilpraktikerin Bianca Glasschröder und Patientin/Patient:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefon	
Handy	
E-Mail	
Straße	
PLZ, Ort	

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

vor Beginn der Behandlung bitte ich Sie diese nachfolgenden Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

### **Behandlungskosten / Honorar**

Das Honorar wird nach realem Zeitaufwand berechnet.

**Mein Stundensatz liegt bei 96€, zuzüglich evtl. anfallender Material-/Laborkosten.**

Jede angefangene 10 Minuten werden mit 16 € berechnet.

Dies gilt auch für Beratungen per Telefon / Zoom / E-Mail oder bei Rezept- und Therapieplanerstellung ohne Termin.

Meine aktuellen Honorare finden Sie auf meiner Webseite: <https://wieder-fit.de/Kosten/>

Für die Erstanamnese planen Sie bitte 1-1,5 Stunden ein.

Behandlungskosten werden von gesetzlichen Krankenkassen in der Regel leider nicht übernommen. Als Selbstzahler wird eine einfache Rechnung ausgestellt, welche Sie gegebenenfalls steuerlich geltend machen können.

### **Erstattung der Behandlungskosten durch einen Kostenträger**

Die im GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker von 1985) gelisteten Beträge sind fast 40 Jahre alt und somit nicht mehr zeitgemäß. Trotzdem erstelle ich meine Rechnungen gemäß der GebüH-Erstattungstabelle. Aufgrund der geringen Erstattungshöhe bei größerem Zeitaufwand mancher Ziffern, behalte ich mir vor, diese mehrmals zu berechnen. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

Die Rechnungsstellung erfolgt immer im Höchstsatz nach der GebüH, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Kranken-, Zusatzversicherungen oder Beihilfestellen. Diese ist innerhalb von 10 Tagen nach Erhalt der Rechnung auf das angegebene Konto zu überweisen.



In welcher Höhe Ihre Versicherung Kosten erstattet, ist Bestandteil Ihres Vertrages, bitte fragen Sie ggf. vorher bei Ihrer Versicherung nach. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, spätere Änderungen der Rechnung sind aus rechtlichen Gründen nicht möglich.

Selbstzahler

Rechnung nach GebüH im Höchstsatz

Privatkrankenkasse / Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfe: \_\_\_\_\_

### Terminabsagen

Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie mir bitte spätestens 24 Stunden vor dem Termin telefonisch 08066 / 88 38 92 (Anrufbeantworter) oder per E-Mail [praxis@glasschroeder.com](mailto:praxis@glasschroeder.com) Bescheid.

Da ich eine Bestellpraxis habe, bitte ich um Verständnis, dass nicht abgesagte bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit einer Ausfallgebühr in Höhe der Kosten für eine Behandlung berechnet werden.

### Kontaktaufnahme per E-Mail / Rechnungsstellung verschlüsselt per E-Mail

Eine sichere Kommunikation über E-Mail kann nicht gewährleistet werden. Ein Grundschutz ist die sogenannte SSL/TSL-Verschlüsselung, dies ist gewährleistet. Dennoch können Emails abgefangen und gelesen werden. Wenn Sie einer E-Mail-Kommunikation zustimmen, kann Ihre Datensicherheit daher nicht garantiert werden.

**JA**, ich bin mit einer Kommunikation über E-Mail einverstanden

⇒ **sensible Informationen, wie medizinische Unterlagen, Rechnungen, Rezepte ect.**

erhalte ich **verschlüsselt, per E-Mail** (= Datenschutz sicher!)

⇒ das Passwort (=Einmal-Code) wird per SMS zugesandt

**NEIN**, ich bin mit einer Kommunikation über E-Mail nicht einverstanden

⇒ ich möchte alle Unterlagen per Post erhalten (Porto wird extra verrechnet)

### Erhalt „Informationen zur Datenverarbeitung“ und Einwilligung

Ich habe das Informationsblatt „Information zur Datenverarbeitung“ (Seite 3) erhalten und willige in die Erhebung, Speicherung meiner Daten und falls notwendig, der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten in diesem Umfang ein.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig gebe.

---

Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten



## Für Ihre Unterlagen!

### Informationen zur Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist:

Bianca Glasschröder, Heilpraktikerin, Breitensteinstr. 42a, 83075 Bad Feilnbach

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis erfüllen zu können.

Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die ich oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/Heilpraktiker usw.) erheben bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker, Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankenversicherungen, Labore, Verrechnungsstellen und das automatisierte Praxisverwaltungssystem sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung, der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger erfolgen.

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können 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 benötigen wir 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.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Bianca Glasschröder