



Heilpraktikerin- Pamela Wiesmayer- Hussenweg 4- 93333 Mühlhausen

Datenblatt

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Versicherung

E-Mail

Beruf

Hiermit bestätige ich, die Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben und den Erhalt der Information zur datenschutzrechtlichen Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in

Hiermit erteile ich,

Name

Vorname

Geburtsdatum

meine Einwilligung in die Erfassung und Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten.

Ich habe die Datenschutzerklärung: Stand Januar 2024 erhalten, gelesen, verstanden und willige hiermit ein.

Außerdem wurde ich über meine Rechte im Allgemeinen und mein Recht auf Widerruf aufgeklärt.

Hiermit stimme ich den Datenschutzbestimmungen nach DSGVO zu und erteile ausdrücklich die Erlaubnis zur Verwendung meiner personenbezogenen Daten.

Löschung von Daten:

Gelöscht werden personenbezogene Daten grundsätzlich dann, wenn kein Erfordernis für eine weitere Speicherung besteht. Ein Erfordernis kann insbesondere dann bestehen, wenn die Daten noch benötigt werden, um vertragliche Leistungen zu erfüllen, Gewährleistungs- und ggf. Garantieansprüche prüfen und gewähren oder abwehren zu können. Im Falle von gesetzlichen Aufbewahrungspflichten kommt eine Löschung erst nach Ablauf der jeweiligen Aufbewahrungspflicht in Betracht. Eine Aufklärung über die Erfassung, die Verarbeitung und Aufbewahrung meiner persönlichen Gesundheitsdaten habe ich erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in

Behandlungsvertrag

zwischen:

Heilpraktikerin

Pamela Wiesmayer

&

Vorname Name:

Bei Kindern, gesetzl. Vertreter:

Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinischen Befunde des Patienten einer Patientenkartei erhoben und gespeichert werden. Siehe bitte „DSGVO Bogen“

Bitte lesen sie alle relevanten Paragraphen die für eine Behandlung erforderlich sind im anhängenden Schreiben: *Behandlungsvertrag*

Einwilligungserklärung:

Ich wurde über alle genannten Punkte des Behandlungsvertrages (1-10 Aufklärungspflicht) umfassend informiert.

Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages habe ich erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in

A solid light red rectangular box used to redact the patient's signature.

Komplementäre Betreuung

In meiner Praxis ist mir der Gedanke einer komplementären Beratung und Begleitung wichtig.

Komplementär meint ergänzend nicht ersetzend!

Aus diesem Grund bitte ich Sie stets, alle Vorschläge und mögliche Therapieansätze mit Ihren behandelnden Ärzten zu besprechen.

Erst nach gründlichem Abwägen aller möglichen Interaktionen und Ihrer persönlichen Situation, Ihren individuellen Befunden und Bedürfnissen, kann Ihr behandelnder Arzt einschätzen, welche komplementären Strategien für Sie sinnvoll sind.

Einige Therapien sind (und das aus gutem Grund) in Deutschland unter Arztvorbehalt. Das bedeutet: ich werde manche möglicherweise sinnvollen Therapien **n i c h t** in der Naturheilpraxis durchführen.

Hiermit bestätige ich, dass mich Frau Wiesmayer über die dringende Notwendigkeit einer weiteren oder zusätzlichen ärztlichen Diagnostik und Behandlung umfänglich aufgeklärt hat und mir nahegelegt hat in keinem Fall bisherige Therapien ohne Rücksprache mit dem jeweils behandelnden Arzt abzusetzen.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in

A solid light red rectangular box used to redact the patient's signature.

Honorarvereinbarung

zwischen:

Pamela Wiesmayer

&

Vorname Name:

Geburtsdatum:

Ich wurde von Frau Wiesmayer darauf hingewiesen, dass ich die mit der Beratung und Behandlung entstehenden Kosten selbst trage und die etwaige Erstattung seitens meiner Versicherung nicht vollumfänglich gewährleistet ist.

Das Kostenerstattungsverfahren mit einem möglichen Kostenträger leite ich selbst ein.

Eine Nicht- oder Teilerstattung hat keinen Einfluss auf die Honoraransprüche. Über die voraussichtlichen Behandlungskosten und Abrechnungsmodalitäten, auch ggf. analoger Abrechnung und Abrechnung oberhalb des Rahmens des GeBüH bin ich informiert und einverstanden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass Terminerinnerungen, Terminvereinbarungen und auch Rechnungen als PDF, per E-Mail verschlüsselt versendet werden, und bin einverstanden.

Für die Verschlüsselung erhalte ich ein Passwort (persönlich übermittelt).

Bei Nutzung von elektronischem Datenverkehr, (SMS, E-Mail) trage ich die Verantwortung und habe verstanden das Frau Wiesmayer keine Gewährleistung für die 100% Datensicherheit übernehmen kann.

Abrechnungsart:

(bitte ankreuzen)

☐ **Ich wünsche eine Abrechnung analog GeBüH** (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und weiß, es können Sätze oberhalb des GeBüH Rahmens mit Faktoren verwendet werden, die nicht immer erstattet werden. Ich habe verstanden, dass dies bedeutet: die jeweilige Ziffer wird mit einem Zeitfaktor auch mehrfach (je nach Dauer) berechnet und die Honorarsummen werden addiert.

Speziell bei einer Telefon-/Online-Sprechstunde, verweigern einige Versicherungen die Kostenübernahme. Frau Wiesmayer hat mich auch darauf ausreichend hingewiesen.

Ich überweise gemäß des Zahlungsziels auf der Rechnung.

☐ **Ich wünsche eine pauschale Abrechnung für Selbstzahler.** Abgerechnet wird nach Zeit: 90 € je Stunde

Dauert ein Termin kürzer als eine Stunde, oder länger werden die Kosten an den Zeitfaktor angeglichen. Diese Belege enthalten keine Abrechnungsziffern, wie bspw. Bei der Abrechnung über GeBüH. Diagnosen schwärze ich auf Wunsch selbst. Ich überweise gemäß des Zahlungsziels der Rechnung.

Verbindlichkeit

Vereinbarte Termine sind verbindlich! Im Falle einer Verhinderung können Termine bis 48 Stunden ohne Zahlungsverpflichtung abgesagt werden. Andernfalls erstatte ich Frau Wiesmayer ein Ausfallhonorar von dem zu erwartenden Aufwand (Stand 2024)

Ich wurde informiert, dass auch Beratungen der Telefonsprechstunde, Online-Sprechstunde und Beratungen per E-Mail nach den gleichen Modalitäten wie Termine vor Ort abgerechnet werden.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in

A solid light red rectangular box used for redacting the patient's signature.

Zusatzvereinbarung zur Telefon- Sprechstunde

Ich wurde von Frau Wiesmayer darauf hingewiesen, dass ich auch für die Nutzung der Online-/Telefonsprechstunde, die mit der Beratung und Behandlung entstehenden Kosten, selbst trage und die etwaige Erstattung seitens meiner Versicherung nicht vollumfänglich gewährleistet ist.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in

A solid light red rectangular box used for redacting the patient's signature.