

Behandlungsvereinbarung und Einverständniserklärung

zwischen

Patient

Name , Vorname:

Geb.:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Falls zutreffend : Abweichender Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger

Name , Vorname:

Geb.:

Straße:

PLZ, Wohnort:

und

Heilpraktiker Julio Sans Tolivia

Bahnhofstraße 9

56470 Bad Marienberg

über naturheilkundliche Behandlung

Einverständniserklärung des Patienten:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich bin darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfe die Erstattung des

Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann und erkläre mich damit einverstanden, die gesamten Behandlungskosten in vollen Umfang selbst zu tragen. Zusätzlich bestätige ich, sämtliche Kosten für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungsbringer (z.B. Laborarzt) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang zu übernehmen.

Ich bin darüber informiert, dass der Heilpraktiker Julio Sans Tolviva innovative und klassische naturheilkundliche Verfahren sowie Erfahrungsheilkunde anwendet. Dies wünsche ich ausdrücklich.

Datum:.....Bad Marienberg Unterschrift **x**.....

Name. _____

Einverständniserklärung Abrechnung

Um meine Praxis vom Verwaltungsaufwand zu entlasten, habe ich die Abrechnungsstelle SoliPrax e.K. beauftragt.

Hierzu benötige ich Ihr Einverständnis für:

- Die Weitergabe meiner gegenwärtigen und zukünftigen Behandlungsdaten an die Abrechnungsstelle
- Die Abtretung der sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Abrechnungsstelle und die Weiterabtretung an die refinanzierende Bank (apoBank)
- Die Entbindung von meiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.
-

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Zustimmung. Sie können diese jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Bad Marienberg, Datum :

Unterschrift: **x**

Behandlungsvertrag

Abrechnungshinweis

Erläuterung zur Diagnose und Therapie mit ganzheitlichen Behandlungsmethoden

Ich bemühe mich neben einer optimalen Behandlung auch um korrekte Abrechnungs- und Erstattungsverhältnisse. Diese Hinweise sollen der Vermeidung späterer Kostenerstattungsprobleme dienen.

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage des GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) vom 01.01.2002 unter Beachtung der aktuellen Empfehlung für analoge Bewertung und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Da derzeit für viele, teilweise neue/oder sehr zeitaufwendige Leistungen eine Gebührensätze nach GebüH nicht zur Verfügung stehen, müssen analoge Bewertungen zum Ansatz gebracht werden. Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderungen durch die Privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet. Dieses gilt ebenfalls aufgrund der ganzheitsmedizinischen Ausrichtung in Diagnose und Therapie mit einer Kombination von innovativen und klassischen Naturheilverfahren und Erfahrungsheilkunde, für daraus resultierende Leistungen und Leistungskombinationen. Dadurch kann für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben.

Ich weise Sie darauf hin, dass durch meine Inanspruchnahme ein Behandlungsvertrag zwischen Ihnen als Patient/in und mir als Behandelnder zustande kommt, der auch ohne

Schriftliche Bestätigung wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht mir ein Honoraranspruch, der durch eine Rechnung geltend gemacht werden muss. Meine Rechnung ist sofort nach Erteilung ohne Abzug zur Zahlung fällig. Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl abhängig ist. Möglicherweise daraus oder aus der ganzheitlichen Kombination von innovativen und klassischen Naturheilverfahren und Erfahrungsheilkunde resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/Beihilfe darf der Patient nicht an mich weitergeben.

Zusätzlich möchte ich Sie darauf hinweisen, dass ich in einzelnen Fällen auch Diagnose- und Behandlungsverfahren befürworte, für die keine Erstattungsfähigkeit durch die Krankenversicherung/Beihilfe besteht.

Stand: 03.2019

Datenschutzrechtliche Einwilligung in der Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Name / Vorname / Geburtsdatum:

.....
.....

meine Einwilligung in der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit

meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlichen verantwortlichen Heilpraktikers:

HP Julio Sans Tolivia, Bahnhofstraße 9, 56470 Bad Marienberg.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Diagnose 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, entsteht 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.

Bad Marienberg Datum:.....Unterschrift: **x**

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. Gesetzlich Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung nicht mehr möglich.