



Osteopathie Heidemann | Elbestraße 30 | 27570 Bremerhaven

Telefon: 0174/1983441  
E-Mail: kontakt@osteopathieheidemann.de  
Website: osteopathieheidemann.de

## Behandlungsvertrag Osteopathie Heidemann

von: **Robert Heidemann**

**mit:**

Name Patient/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt: ja/nein

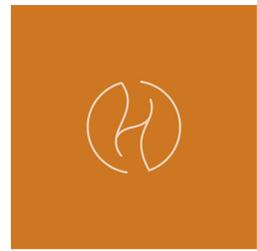
### I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

### II. Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung der Betrag von ca. EUR 90€ vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Als Behandlung zählt auch das Anamnesegespräch mit dem/der Patient/-in.

Das Honorar ist zahlbar innerhalb von 15 Tagen nach Rechnungsdatum. Im Falle des Verzugs ist die/der Patient/-in zur Zahlung einer Mahngebühr in Form einer Vertragsstrafe verpflichtet. Sollte eine weitere Erinnerung erforderlich sein, fällt eine zusätzliche Vertragsstrafe von weiteren EUR 10,00 an.



Telefon: 0174 / 1983441  
E-Mail: kontakt@osteopathieheidemann.de  
Website: osteopathieheidemann.de

### **III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen**

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für die/den jeweilige(n) Patient/-in reserviert ist.

Die/Der Patient/-in ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für die/den Patient/-in vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von Euro 50 € an, wobei der/dem Patient/-in der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

### **IV. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen**

Die Honorarabrechnung erfolgt bei privatversicherten Patienten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat die/der Patient/-in die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten grundsätzlich keine Erstattung der osteopathischen Leistungen.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der/dem Patient/-in und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.

**Datum, Ort:**

---

Unterschrift

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

---

Vorname/Name

Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

---

Vorname/Name

Geburtsdatum

Im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Osteopathin:

*Robert Heidemann*

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.) 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 der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

Bremerhaven, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/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:

---