

## Patienten-Erfassungsbogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Emailadresse \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

### Bei Behandlung minderjähriger Kinder:

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

### Kontraindikation für die Arbeit mit einem Magneten:

Schwangerschaft  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Metall im Körper  ja \_\_\_\_\_  nein

### Körperliche und emotionale Hauptanliegen für die Behandlung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Vertragliche Vereinbarung

zwischen **Jennifer Keil** (im folgenden Heilpraktikerin genannt) und dem  
erfassten **Patienten**\_\_\_\_\_.

(Name des Patienten)

### §1 Art der Behandlung

Dem Patienten ist bewusst, dass durch die Emotions- und Bodycode-Therapie die Selbstheilungskräfte des Körpers gestärkt werden sollen. Eine Emotions- und Bodycode-Therapie ersetzt niemals eine schulmedizinische Diagnose oder Behandlung. Bei dieser und anderen eingesetzten Methoden handelt es sich um alternative Heilverfahren, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind. Eine Emotions- und Bodycode Therapie ist begleitend zu schulmedizinischen und anderen alternativen Heilmethoden einsetzbar.

### §2 Heilungsversprechen/ Stellvertretende Arbeit

Die Heilpraktikerin hat keine Heilungsversprechen abgegeben.

Die Heilpraktikerin darf stellvertretend für mich besprochene Themen bearbeiten.

### §3 Schweigepflicht

Die Heilpraktikerin unterliegt völliger Schweigepflicht, es sei denn sie ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Weitergabe von Daten verpflichtet (z.B. Meldepflicht bestimmter Infektionskrankheiten).

### §4 Sorgfaltspflicht

Die Arbeit der Heilpraktikerin unterliegt der Sorgfaltspflicht. Sie wird die kostengünstigste, einfachste und nach ihrem Kenntnisstand effektivste Behandlung empfehlen und durchführen. Die Heilpraktikerin nimmt regelmäßig an Fortbildungen teil, um fachlich auf einem aktuellen Kenntnisstand zu bleiben.

### §5 Aufklärungspflicht

Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, eine ausführliche Aufklärung über Behandlungsmethoden, voraussichtliche Dauer der Behandlung, Risiken und Erfolgchancen der Behandlung vorzunehmen.

### §6 Kostenerstattung

In der Regel werden Kosten nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Private Krankenkassen und Zusatzversicherungen leisten unter Umständen eine anteilige Erstattung der Behandlung. Es obliegt dem Patienten, sich bei seiner Krankenkasse über den Vertragsrahmen zu informieren. Der Honoraranspruch der Heilpraktikerin gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von möglichen Krankenkassenleistungen in voller Höhe.

### §7 Honorarvereinbarung

Eine Sitzung dauert ca. 50 min. Für Erstgespräche und Behandlungen incl. körperlicher Untersuchung werden 90 min angesetzt. Telefonische Beratung ist ebenfalls möglich. Ermäßigungen für z.B. Familien und Arbeitslosengeldempfänger sind nach Absprache möglich.

|  |         |               |
|--|---------|---------------|
| Einzelsetzung Emotions-Bodycode Therapie                 | 90      | Euro (50 Min) |
| Telefongespräch  | Min/1,8 | Euro          |
| Emotions-Bodycode Beratung fürs Tier<br>(nur Aufsuchend) | 80      | Euro          |
| Anfahrtspauschale bei Entfernungen größer als 25km       | 60      | Euro          |

### **§8 Entschädigung bei Terminausfall**

Der Patient hat die Möglichkeit, alle Termine über die Terminvergabefunktion der Praxissoftware Lemniscus zu bestätigen und bis 24 Std. vor dem Termin abzusagen. Wenn ein Termin nicht abgesagt wird, berechnet die Heilpraktikerin 50% des ursprünglichen Honorars als Ausfallhonorar.

## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Berater/Therapeuten/Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

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

## **3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE**

Ich ubermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie eingewilligt haben. (Ausnahme: gesetzliche Vorgaben, siehe §3 Schweigepflicht)

## **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist und wie gesetzlich geregelt. Nach rechtlichen Vorgaben bin dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

## **5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

## 6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

Durch Ihre Unterschrift stimmen Sie ausdrücklich zu, dass ich Ihnen auch per Email Patienteninformationen (einschließlich Rechnungen) zukommen lassen darf.

## 7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie 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 benötige ich 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.

Die Anschrift des für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

## 8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden.

### Einwilligungserklärung:

Ich habe die Vereinbarung gelesen, habe diese verstanden und habe keine weiteren Fragen. Ich willige in den Behandlungsvertrag mit der Heilpraktikerin Jennifer Keil ein.

---

Datum

Unterschrift Patient

---

Datum

Unterschrift Heilpraktikerin