



Praxis für Osteopathie & Chiropraktik
Heilpraktiker Gunnar Wegner
Mürwiker Straße 162
24944 Flensburg

phone +49 (0) 461 31 5445 31
mail info@chiropraktik.de
fax +49 (0) 461 31 5445 41
www.chiropraktik-wegner.de

BEHANDLUNGSVERTRAG

von der Praxis für Osteopathie & Chiropraktik – Heilpraktiker – Gunnar Wegner

mit: Name d. Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

I. VERTRAGSGEGENSTAND

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische / chiropraktische Behandlung des Patienten.

II. HONORAR

- Als Honorar für eine osteopathische / chiropraktische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung der Betrag von Euro 180,00 für die Erstkonsultation und Euro 120,00 für Folgetermine vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Als Behandlung zählt auch das Anamnesegepräch mit dem Patienten. Das Honorar ist unmittelbar am Tag der Behandlung fällig und kann mit EC- /Kreditkarte oder in Bar beglichen werden. Eine Rechnungsstellung mit Überweisungsoption ist nicht möglich.

III. TERMINVEREINBARUNG / ABSAGEN VON TERMINEN

- Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.
- Der Patient ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.
- Für unentschuldig, nicht wahrgenommene, oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine, fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von Euro 120,00 für Folgebehandlungen und Euro 180,00 für Erstkonsultationen an.

IV. ABRECHENBARKEIT OSTEOPATHISCHER & CHIROPRAKTISCHER 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 der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.
- Eine Erstattung der Behandlungskosten gesetzlich Versicherter durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht, bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Die Entscheidung über eine Kostenbeteiligung im Einzelfall obliegt der Krankenversicherung und sollte vor der Behandlung individuell erfragt werden.
- Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Therapeuten / Osteopathen, Gunnar Wegner unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.
- Der Vertragspartner (Patient) sieht sich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und ist unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner (Gemäß §§ 611–630 BGB) der Praxis für Osteopathie & Chiropraktik Gunnar Wegner.

V. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Praxis für Osteopathie & Chiropraktik
Heilpraktiker Gunnar Wegner
Mürwiker Straße 162
24944 Flensburg

phone +49 (0) 461 31 5445 31
mail info@chiropraktik.de
fax +49 (0) 461 31 5445 41
www.chiropraktik-wegner.de

1. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten sind wir nicht verpflichtet.

2. Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Personenbezogenen Daten werden zu den folgenden Zwecken verarbeitet:

- Umsetzung des Behandlungsvertrags mit Abrechnung, Rechtsgrundlage: Einwilligung nach Artikel 6 Abs.1 Buchstabe a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO bezüglich der Gesundheitsdaten
- Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass terminliche Kommunikationen und Terminerinnerungen über die Praxis Gunnar Wegner und das Unternehmen DOCTOLIB per SMS und/oder E-Mail durchgeführt werden dürfen. Zudem wird das Einverständnis gegeben, Rechnungen via Mail als PDF-Datei zu erhalten. Es wurde über das Recht aufgeklärt, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

3. Art der personenbezogenen Daten

Zu den unter 2. genannten Verarbeitungszwecken werden folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Zu 2a. Gesundheitsdaten wie der Behandlungsverlauf, Kontaktdaten, Rechnungsdaten

Zu 2b. Name, Email-Adresse und Mobiltelefonnummer.

4. Empfänger der personenbezogenen Daten

Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Eine Ausnahme hiervon besteht für:

- Steuerberatungsgesellschaft BEF GmbH, Alte Holstenstrasse 61, 21029 Hamburg

5. Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die Daten werden nur solange gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Zwecks erforderlich ist.
- Nicht gelöscht werden dürfen Daten, für die eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht nach Art. 17 Abs. 3 DSGVO, beispielsweise nach § 630 f Abs. 3 BGB die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Eine Aufbewahrung kann auch danach noch erforderlich sein, wenn die Gesundheitsdaten wichtige Informationen enthalten, deren Aufbewahrung im Interesse des Berechtigten liegt.
- Eine Aufbewahrung kann sich nach entsprechender Abwägung auch aus Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO ergeben bei möglichen Schadensersatzansprüchen des Betroffenen.

6. Betroffenenrechte

Im Hinblick auf die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten haben Sie folgende Rechte:

- Auskunft über ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung Ihrer bei uns gespeicherten Daten (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern wir Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen dürfen (Art. 18 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten bei uns (Art. 21 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder einen Vertrag mit uns abgeschlossen haben (Art. 20 DSGVO)

Sofern Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sie können sich jederzeit mit einer datenschutzrechtlichen Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden (Art. 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG): Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig Holstein / Holstenstrasse 98 / 24103 Kiel

7. Es besteht keine vertragliche oder gesetzliche Pflicht, uns Ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die Datenverarbeitung der unter 3a. genannten Daten können wir jedoch den Behandlungsvertrag nicht durchführen.

VI. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENVERARBEITUNG

Datenverarbeitung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Hiermit erklärt der Vertragspartner / Patient mit seiner Unterschrift gegenüber der Praxis für Osteopathie & Chiropraktik / Heilpraktiker Gunnar Wegner, Mürwiker Straße 162, 24944 Flensburg / Telefon: +40 (0) 461 31 5445 31 / Mail: info@chiropraktik-wegner.de wie folgt:

Ich erteile meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der Umsetzung des Behandlungsvertrags.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt. Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

VII. PATIENTENAUFKLÄRUNG

Osteopathie & Chiropraktik ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische, sowie chiropraktische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

Anwendungen:

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

Gegenanzeigen / Kontraindikationen:

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie / Chiropraktik ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

Risiken der Behandlung sind:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

-Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
-In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren: _____

Therapeutische Anmerkungen: _____

Risiken chiropraktischer Verfahren:

- Die in der Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte Techniken. Dennoch verpflichtet der Gesetzgeber, über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte.
- 1. Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91) „Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“
- 2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96) „Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“
- Der Patient wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erklärt sich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in eigener Verantwortung des Patienten.

VIII. ABSCHLIEßENDE ERKLÄRUNG:

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich, mündlich gemäß obigem Text / Behandlungsvertrag (I - VIII) durch Herrn Gunnar Wegner über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie und Chiropraktik aufgeklärt worden zu sein.

Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie und Chiropraktik und erteile Herrn Gunnar Wegner hiermit mein Einverständnis. Ich wurde über die oben aufgeführte Datenschutz- / Datenverarbeitungsklausel aufgeklärt und erkläre mich damit einverstanden.

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden. Eine Kopie der Vertragsunterlagen wurde mir ausgehändigt.

Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Osteopathie und Chiropraktik (Falls nicht zutreffend bitte streichen)

Flensburg, der _____ Unterschrift _____

Bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten