

Behandlungsvertrag Osteopathie

zwischen

Praxis Gläser (Matthias Gläser)

Leher Heerstraße 88

28359 Bremen

und

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Krankenversicherung: Gesetzlich ()

Privat ()

Beihilfe: ja () nein () Zusatzversichert ()

() Die Abrechnung erfolgt nach der GebüH (Gebührenverordnung für Heilpraktiker)

() Ich erkläre hiermit, die schriftliche Aufklärung zur Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie gelesen und verstanden zu haben.

() Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass vereinbarte Termine nur für Sie reserviert wurden.
Ich wurde aufgeklärt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) nach § 615 BGB privat in Rechnung gestellt werden.

() Ich habe die AGB der Praxis Gläser, die Praxisinformation und Behandlungsaufklärung in Textform (liegen im Wartezimmer, Anmeldebereich aus) amerhalten.

() Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Behandlung abhängig von der Versicherung evtl. nicht/ bzw. nicht vollständig von der Krankenkasse übernommen wird.

() Ich verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Osteopathie.

Datum

Unterschrift Patient/in:

Patientenaufklärung:

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische 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. 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 ist kontraindiziert bei:

Aneurysmen, akuten Entzündungen, Infektionserkrankungen, fieberhaften Erkrankungen, Brüchen, Tumorerkrankungen, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Bluterkrankheit, Thrombosen, spontanen Hämatombildungen, akuten Psychosen oder Depression.

Risiken / Wirkung der Behandlung sind:

Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen, kurzfristige Symptomverschlimmerung oder Aktivierung einer chronischen Entzündung, muskelkaterähnliche Schmerzen.

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung mittels Chiropraktik:

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.

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Erfolg der Behandlung kann nicht übernommen werden.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Gläser meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen, Bremer Inkasso GmbH im Falle der Nichtzahlung.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse, die Abrechnungsfirma und/ oder die Bremer Inkasso GmbH weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt, und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an: Praxis Gläser, Leher Heerstr.88, 28359 Bremen. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Bremen, Datum,.....Unterschrift.....