



praxis maierhof

Ganzheitliche Gesundheit

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich wurde über die vorstehenden Punkte, insbesondere über die Zahlungsbedingungen und die bei Verzug entstehenden Verzugskosten (Mahnkosten, Rechtsverfolgungskosten, Ermittlungskosten etc.) informiert und aufgeklärt.
- Ich habe die AGB's zur Kenntnis genommen und zusätzliche Informationen zur Behandlungsaufklärung in Textform am _____ erhalten. Ich habe von beiden Kenntnis genommen und erkläre mich damit in vollem Umfang einverstanden.
 - Ja, die Rechnung soll die vollständige Diagnose und die Therapiespezifizierung – bei Heilpraktikerleistung mit der entsprechenden GebüH-Ziffer, den Einzelbetrag und etwaige Angaben über Heilmittel – enthalten.
 - Nein, die Rechnung soll nur meinen Namen und Anschrift enthalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Hausärztin oder behandelnder Hausarzt, Fachärztin oder Facharzt oder andere Behandelnde/Therapeutin oder Behandelnder/Therapeut (nicht Zutreffendes bitte streichen) Behandlungsdaten oder Befunde von mir bei der praxis maierhof einholt. Die praxis maierhof ist verpflichtet diese Informationen an die betreffende(n) Person(en) weiterzuleiten. Die betreffenden Personen dürfen die Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die praxis maierhof die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meine behandelnde Hausärztin oder behandelndem Hausarzt, Fachärztin oder Facharzt oder andere Behandelnde/Therapeutin oder Behandelnder/Therapeut (nicht Zutreffendes bitte

streichen), einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Die praxis maierhof darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Mit der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie unter den vorstehenden Geschäftsbedingungen genannten Zwecken bin ich einverstanden. Ich bin auch damit einverstanden, dass mir Befunde, Rechnungen oder andere Patientenunterlagen unverschlüsselt an meine bekannte Email-Anschrift oder an meine bekannte Postanschrift übersandt werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, dass die praxis maierhof die für meine Behandlung gespeicherten Daten über den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraum von 10 Jahren hinaus speichern darf.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Nein, meine Daten sollen nicht länger als gesetzlich erlaubt gespeichert werden.
- Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.
- Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. eine Ärztin oder einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name der Patientin/des Patienten in
Druckbuchstaben:

Datum:

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

Ggf. Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters (bei Kindern,
Geschäftsunfähigen):

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

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

Praxisstempel, Unterschrift
