

# Behandlungsvertrag Osteopathie

Zwischen Andrea Fertig und Name des Patienten: .....

Geburtsdatum : .....

Name des Erziehungsberechtigten: .....

Adresse: ..... Telefonnummern: .....

E-Mail-Adresse: .....

Krankenversicherung: ..... beihilfeberechtigt [ ] ja [ ] nein

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

## Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird abhängig von der Länge der Behandlung und Abrechnungsmodalität ein Betrag zwischen 65 €-130 € Euro vereinbart. Dauer und Interwall der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 7 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

## 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 80 Euro an.

## Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten in der Regel keine Erstattung der osteopathischen Leistungen. 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.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

# Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

---

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

---

Anschrift des Patienten

---

Name, Vorname und Anschrift des/ der elterlichen Sorgeberechtigten/ des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen

Ich erkläre mich einverstanden, dass

— mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Therapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert** werden können, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind.

Ja       Nein

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Osteopathen, Ärzte, Therapeuten und Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen.

Ja       Nein

mich betreffende Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, genutzt werden dürfen. Insbesondere bin ich mit **Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen** über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ja       Nein

meine Patientenakte an einen möglichen **Praxisnachfolger weitergegeben** wird, damit dieser im Falle einer Weiterbehandlung über meine Patientenakte verfügen kann.

Ja       Nein

meine personenbezogenen Daten (insb. Rechnung, Behandlungsverlauf oder -bericht, Bescheinigungen für Dritte) **per E-Mail an mich übermittelt** werden. Mir ist dabei bewusst, dass ein Schutz der in E-Mails enthaltenen Informationen gegen unbefugten Zugriff Dritter nicht möglich ist und ich die Praxis für Osteopathie – Andrea Fertig von einer Haftung wegen des Versandes der Daten per E-Mail an mich, freistelle.

Ja       Nein

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit ohne Angaben von Gründen, schriftlich oder elektronisch gegenüber der Praxis, widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs findet zukünftig keine weitere Datenübermittlung statt. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle des Widerrufs oder der Nichterteilung der Einwilligung entstehen dem Patienten keine Nachteile für seine Behandlung.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

# 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 seine 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 ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Unversorgte Brüche
- Ungeklärte Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

Risiken der Behandlung sind:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Verschlimmerung 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 entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gem. obigem Text durch Frau/Herrn.....über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein.

**Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.**

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name des Patienten: .....

Datum: .....

Unterschrift des Patienten: .....

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

Unterschrift des Patienten: .....

Praxisstempel, Unterschrift

# Patienteninformation

## Umgang mit personenbezogenen Daten

### Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO über die Verarbeitung von Daten

#### 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Praxis für Osteopathie Andrea Fertig

Anschrift: Niederfeldstr.11, 83224 Grassau

Kontaktdaten: rosenheim@handfertigkeiten.de

Tel.: 0173 4678068

#### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten personenbezogene Daten aufgrund des mit uns geschlossenen Behandlungsvertrages, zum Zweck Ihrer Behandlung. Die rechtliche Grundlage ergibt sich hauptsächlich aufgrund des Behandlungsvertrags. Daneben gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die uns eine Verarbeitung der Daten erlauben, z.B. Artikel 6, 9 DSGVO, §22 BDSG-neu, §§630 ff.BGB und in den Fällen, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerung, die Sie betreffen.

#### 3. Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. So kann es im Rahmen der Behandlung erforderlich sein, dass wir mit anderen Therapeuten/ Osteopathen, Ärzten, und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen.

#### 4. Dauer der Speicherung Ihrer Daten

Wir sind gemäß §603F BGB dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss der Behandlung, den gesetzlichen Vorschriften entsprechend, von uns verwahrt.

## 5. Ihre Rechte als Betroffener im Sinne des Datenschutzrechts

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- a) Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
- b) unrichtige Daten berichtigen zu lassen und unvollständige Daten unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung zu vervollständigen,
- c) unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder
- d) Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,
- e) Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen und
- f) Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen.

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht,

- a) die Einwilligung jederzeit für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Soweit sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt, haben Sie das Recht,

- a) sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hessische Beauftragte für  
Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 3163  
65021 Wiesbaden