

Anja Kumm
Heilpraktikerin
Hauptstraße 96



75181 Pforzheim Eutingen

Liebe/r Patient/in

Herzlich Willkommen in der Kinderheilpraxis Ihrer Heilpraktikerin Anja Kumm

Vor jeder Behandlung steht durch den Gesetzgeber, aber auch durch unsere Sorgfaltspflicht, eine Reihe von administrativen Abläufen. Dies ist heutzutage notwendig und muss VOR DEM EIGENTLICHEN TERMIN, in dem es dann um Ihr Anliegen oder das Ihres Kindes gehen soll, abgewickelt werden.

Vor einer möglichen Behandlung/Beratung benötige ich von Ihnen die Bestätigung verschiedener Dokumente und Vereinbarungen, wie:

- Behandlungsvertrag
- Zustimmung zum Datenschutz (DSGVO)
- Einverständniserklärung
- Datenblatt mit Ihren Kontaktdaten, um Sie aufzunehmen
- Honorarvereinbarung
- Vorbefunde (falls vorhanden)

Selbstverständlich erkläre ich Ihnen bei Ihrem ersten Gespräch auch nochmals die Vereinbarungen und kläre alle entstandenen Fragen!

Sie erhalten alle Unterlagen mit dieser E-Mail

Idealerweise drucken Sie sich alle Unterlagen dieser Mail aus, tragen Ihre Daten ein und bringen dies alles zusammen mit den Kopien der vorhandenen Befunde zu Ihrem ersten Termin in die Praxis mit.

Den Behandlungsvertrag unterschreiben Sie in der Praxis.

Behandlungsvertrag

Kinderheilpraxis Anja Kumm



Zwischen Heilpraktikerin Anja Kumm (nachfolgend Heilpraktikerin genannt) &

Vorname/Name:
Straße:
PLZ/Ort:
Geburtsdatum:
Versicherung:
E-Mail/Telefon:

(nachfolgend Patient genannt)

§1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine naturheilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlungen umfassen auch wissenschaftlich und/oder schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren.

§2 Behandlung

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

§3 Behandlungshinweis (siehe auch Bogen „Information und Aufklärung“)

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung der Heilpraktikerin eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt, Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird eine Weiterleitung an einen Arzt empfohlen. Dies gilt auch dann, wenn aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung in der Praxis nicht möglich sein sollte.

§4 Schweigepflicht

Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, über alles Wissen, das sie in der Berufsausübung über die Patienten erhält, Stillschweigen zu bewahren. Sie offenbart das Berufsgeheimnis nur

dann, wenn der Patient sie von der Schweigepflicht entbindet. Ausnahme: Die Heilpraktikerin ist von der Schweigepflicht befreit, wenn sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet ist. (Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen oder auf behördliche Anordnung)

Die Schweigepflicht gilt auch für Mitarbeiter/innen und Kollegen sowie Honorarkräfte der Praxis.

§5 Sorgfaltspflicht

Die Heilpraktikerin arbeitet mit der größtmöglichen Sorgfalt. Der Patient hat eine Mitwirkungspflicht und garantiert, dass alle in der Behandlung gemachten Angaben in Bezug auf: Beschwerden, Symptomen und bisheriger Therapie wahrheitsgemäß sind.

§6 Aufklärungspflicht/Aufklärungsumfang

Die Heilpraktikerin ist verpflichtet, dem Patienten die Möglichkeiten und Risiken der Behandlung zu erläutern, insbesondere auch die Notwendigkeit zusätzlich ärztlichen Rat einzuholen!

Mit der Unterschrift des Vertrags bestätigt der Patient, dass nachfolgende Punkte umfassend besprochen wurden:

1. Diagnose und Art der Erkrankung
2. Mögliche Behandlungsmethoden
3. Voraussichtliche Dauer der Behandlung soweit absehbar
4. Mögliche Behandlungsalternativen, Kosten, Belastungen, Risiken und Erfolgchancen der Therapie

§7 Erstattung der Behandlungskosten durch die VERSICHERUNGEN

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Behandlungskosten für Heilpraktiker in der Regel nicht.

Privatkassen und Zusatzversicherungen erstatten Behandlungskosten nur im Rahmen des individuellen Versicherungsvertrages und ggf. nicht alle Leistungen in voller Höhe.

Der Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Erstattungsleistung in voller Höhe.

§8 Honorarvereinbarung/Behandlungskosten

Siehe auch extra HONORARVEREINBARUNG

Es werden ausdrücklich auch Sätze oberhalb des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker abgerechnet und Sätze aus dem LVKH.

§9 Entschädigung bei Nicht- bzw. kurzfristiger Terminabsage

Siehe auch HONORARVEREINBARUNG

Falls vereinbarte Therapietermine nicht wahrgenommen werden können, sind Termine spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Ich bitte um Ihr Verständnis, dass ich bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage, ein Ausfallhonorar abhängig vom vereinbarten Termin berechne. Sie erklären sich AUSDRÜCKLICH damit einverstanden!

§10 Persönliche Patientendaten und medizinische Befunde

Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinische Befunde des Patienten in einer Patientenakte erhoben und gespeichert werden. Siehe DSGVO BOGEN.

Einwilligungserklärung

Ich wurde über alle genannten Punkte (Aufklärungspflicht) umfassend mündlich informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein. Eine Ausfertigung des Behandlungsvertrages habe ich erhalten.

Pforzheim, den _____ -

Unterschrift HP

Unterschrift Patient

Datenschutzrechtliche Einwilligung
In die Verarbeitung personenbezogener
Daten



Hiermit erteile ich

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Anja Kumm, Heilpraktikerin, Hauptstraße 96, 75181 Pforzheim-Eutingen

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Patient*in
Der/des Erziehungsberechtigten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird, dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

**Datenschutzrechtliche Einwilligung
In die Verarbeitung personenbezogener
Daten Minderjähriger gemäß Art.7 DSGVO**



Hiermit erteile ich

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

**Als Träger der elterlichen Verantwortung meine EINWILLIGUNG in die
Verarbeitung der Gesundheitsdaten von**

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

**In Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der
datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:**

Anja Kumm, Hauptstraße 96, 75181 Pforzheim-Eutingen

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge, etc...) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese

- Einwilligung nicht, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen.
- Den Inhalt der untenstehenden Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird, dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Anja Kumm, Hauptstraße 96, 75181 Pforzheim-Eutingen

Information und Aufklärung



Liebe Patientin, Lieber Patient

In meiner Praxis ist mir der Gedanke einer komplementären Beratung und Begleitung wichtig. Komplementär meint ergänzend, nicht ersetzend!

Aus diesem Grund bitte ich Sie stets, alle Vorschläge und mögliche Therapieansätze mit Ihren behandelnden Ärzten zu besprechen.

Erst nach gründlichem Abwägen aller möglichen Interaktionen und Ihrer persönlichen Situation, Ihren individuellen Befunden und Bedürfnissen, kann Ihr behandelnder Arzt entscheiden, welche komplementären Strategien für Sie und Ihr Kind sinnvoll sind.

Einige Therapien sind (und das aus gutem Grund) in Deutschland unter Arztvorbehalt. Das bedeutet: Ich werde manche möglicherweise sinnvolle Therapien NICHT in der Naturheilpraxis durchführen.

Auch einige Diagnostiken sind unter Arztvorbehalt. Das bedeutet, dass ich Sie gerne aufkläre, welche Möglichkeiten es geben kann, diese jedoch nicht in meiner Praxis durchführen kann.

Name:

Vorname:

Hiermit bestätige ich, dass mich Frau Kumm über die dringende Notwendigkeit einer weiteren oder zusätzlichen ärztlichen Diagnostik und Behandlung umfänglich aufgeklärt hat und mir nahe gelegt hat in keinem Fall bisherige Therapien ohne Rücksprache mit dem jeweils behandelnden Arzt abzusetzen

Unterschrift, Datum

Datenblatt



Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Versicherung	
E-Mail	
Telefon	

Hiermit bestätige ich, die Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben und den Erhalt der Information zum Datenschutz (DSGVO)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patienten
Des/der Sorgeberechtigten

Honorarvereinbarung
zwischen

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

und



Anja Kumm, Heilpraktikerin, Hauptstraße 96, 75181 Pforzheim

Ich wurde von Frau Kumm darauf hingewiesen, dass ich die mit der Beratung und Behandlung entstehenden Kosten selbst trage und die etwaige Erstattung seitens meiner Versicherung nicht vollumfänglich gewährleistet ist. Das Kostenerstattungsverfahren mit einem möglichen Kostenträger, leite ich selbst ein.

Eine Nicht- oder Teilerstattung hat keinen Einfluss auf die Honoraransprüche. Über die voraussichtlichen Behandlungskosten und Abrechnungsmodalitäten, auch ggf. analoger Abrechnung und Abrechnung oberhalb des Rahmens des GeBüH von 1986 hat mich Frau Kumm eingehend aufgeklärt und ich bin damit einverstanden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass Terminerinnerungen, Terminvereinbarungen und auch Rechnungen als PDF, per E-Mail verschlüsselt versendet werden, und bin einverstanden.

Für die Verschlüsselung erhalte ich ein Passwort (persönlich übermittelt). Bei Nutzung von elektronischem Datenverkehr, (SMS, E-Mail) trage ich die Verantwortung und habe verstanden, dass Frau Kumm keine Gewährleistung für die 100% Datensicherheit übernehmen kann.

O Ich wünsche eine Abrechnung analog GeBüH und weiß, dass auch Sätze oberhalb des GeBüH Rahmens mit Faktoren verwendet werden, die nicht immer erstattet werden. Ich überweise die Rechnungen gemäß dem Zahlungsziel auf der Rechnung

O Ich wünsche eine pauschale Abrechnung für Selbstzahler zum reduzierten Stundensatz (20€ pro angefangene Viertelstunde) und erhalte eine Rechnung ggf. zur Vorlage beim Finanzamt. Diese Belege erhalten keine

Abrechnungsziffern. Diagnosen schwärze ich auf Wunsch selbst. Ich zahle gemäß dem Zahlungsziel der Rechnung.



Vereinbarte Termine sind verbindlich!

Im Falle einer Verhinderung können Termine bis 48 Stunden ohne Zahlungsverpflichtung abgesagt werden. Andernfalls erstatte ich Frau Kumm ein Ausfallhonorar von 60€ je Stunde (Stand 2021)

Ich wurde informiert, dass auch Beratungen der Telefonsprechstunde, Online Sprechstunde und Beratungen per E-Mail nach den gleichen Modalitäten wie Termine vor Ort abgerechnet werden.

Ich habe die Vereinbarung dazu gelesen, verstanden, ausgefüllt, unterschrieben und bin vollumfänglich einverstanden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Falldiskussion in Laienforen, Facebook und anderen sozialen Netzwerken ohne vorherige Absprache mit Frau Kumm nicht sinnvoll ist und habe es verstanden.

Bei Fragen oder Unsicherheiten wende ich mich daher zuerst an die Praxis.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patient*in