

Behandlungsvertrag und Einverständniserklärung zur Erhebung / Speicherung / Übermittlung von Patientendaten gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnadresse

☒ erkläre hiermit, dass die von Herrn Jan Paffrath angebotenen Verfahren zur Diagnosestellung und **Therapie** im Rahmen der Osteopathie, der Liebscher-Bracht-Schmerztherapie, Bioresonanztherapie u.a. von mir ausdrücklich **gewünscht** sind. Die individuellen Schritte der Therapie werden vorab besprochen.

☒ erkläre ausdrücklich, den Rechnungsbetrag als **Privatleistung** in jedem Falle selbst zu begleichen, unabhängig von evtl. Ansprüchen auf Erstattungen oder Zuschüssen seitens meiner gesetzlichen (GKV) oder privaten (PKV) Krankenversicherung. Diese **Ansprüche** regle ich mit meiner GKV / PKV selbst.

Tangstedt,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

☒ bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine **personenbezogenen Daten** und die meiner Kinder, sofern diese auch hier in Behandlung sind, von Herrn HP Jan Paffrath (im Rahmen der Naturheilpraxis HoloSapiens) zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und zur **Weiterleitung** an die Abrechnungsstelle **A E I E – EWIV, Gesellschaft für regionale und lokale Entwicklung, Hirtestr. 31, 12555 Berlin** genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten, z.B. Anamnese, Diagnosen, Behandlungsdatum, Befunde usw.



S.O

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

☒ bin damit einverstanden, dass Herr HP Jan Paffrath (im Rahmen der Naturheilpraxis HoloSapiens) mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, sofern erforderlich, an **andere Heilpraktiker / Ärzte / Therapeuten** zum Zweck der weiteren oder ergänzenden Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt, und entbinde Herrn Paffrath von seiner **Schweigepflicht**.

☒ habe die in der Praxis HoloSapiens frei ausliegenden und auf der Homepage öffentlich einsehbaren **AGB** zum zu erwartenden Kostenrahmen, dem Anspruch auf ein Ausfallhonorar bei schuldhaftem Terminversäumnis und die Patienteninformationen zur **DS-GVO** gelesen, als Grundlage für den Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen und verstanden. Meine Fragen hierzu sind ausreichend beantwortet worden.

S.O

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

☒ erkläre mich ausdrücklich mit **Emailkontakt** von Herrn Jan Paffrath im Zusammenhang mit der zweckdienlichen heilkundlichen Tätigkeit der Naturheilpraxis HoloSapiens (z.B. Übungen, Rezeptvorschlägen, Beratung bei Rückfragen etc.), sowie den Erhalt des unregelmäßig erscheinenden und jederzeit abbestellbaren **Newsletter** der Praxis HoloSapiens einverstanden.

S.O

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

☒ erkläre, diese **Einwilligung** freiwillig gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung zukünftig jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.
Mir ist bekannt, dass ohne diese Einwilligung ein Behandlungsvertrag nicht zustande kommt.

S.O

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter