

AUFNAHMEBOGEN

Name, Vorname				
Geburtstag				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
Telefon / Handy				
E-Mail				
Krankenversicherung	Gesetzlich	Privat	Beihilfe	Zusatzversichert
Dürfen wir Sie in unseren Newsletter aufnehmen?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Dürfen wir Ihren Namen und Ihre Handynummer auf unserem Mobiltelefon speichern? <small>(Wir weisen darauf hin, dass der Dienst WhatsApp auf diesem Handy installiert sein kann.)</small>	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	

Über welches Kontaktmedium dürfen wir welche Informationen mit Ihnen austauschen?

	Terminvereinbarung und -erinnerung	Übergabe von Informationsdokumenten	Austausch von Behandlungsinformationen	Befundaustausch
Persönlich	x	x	x	x
Postalisch	x	x	x	x
Telefon/Handy	x		x	
E-Mail				
WhatsApp				
Andere (welche?)				

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich Melanie Dehnbostel von ihrer Schweigepflicht gegenüber

Und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde sowie gesundheits-, diagnose- und therapierelevante Daten mitgeteilt werde und ein Austausch über meine Behandlung erfolgt. Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Isernhagen, _____
Ort, Datum

Unterschrift

Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient,

unser gemeinsamer Therapieweg basiert auf gegenseitigem Vertrauen. Neben dieser Vertrauensbasis liegen jeder Heilbehandlung jedoch auch einige rechtliche Grundlagen zugrunde. Um Missverständnisse auszuschließen und einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, benötigen wir dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben für unsere Akten.

Zwischen der Heilpraktikerin für Psychotherapie Melanie Dehnbostel, Am Ortfelde 22, 30916 und _____ als Patient:in wird ein **Behandlungsvertrag** mit Wirkung ab dem Datum der beidseitigen Unterschriften abgeschlossen.

GEGENSTAND DER VEREINBARUNG

Der/Die im Aufnahmebogen aufgeführte(r) Patient(in) hat sich in Behandlung der dort angegebenen Heilpraktikerin für Psychotherapie begeben und nimmt eine psychotherapeutische Behandlung durch diese in Anspruch.

DAUER DER BEHANDLUNG

Die Behandlung dauert so lange, bis das Behandlungsziel erreicht ist oder eine der beiden Vertragsparteien die Behandlung nicht mehr fortsetzen will oder kann. In Fällen des gesetzlichen Behandlungsverbots für bestimmte Krankheitsbilder wie insbesondere meldepflichtige Infektionskrankheiten erlischt der Behandlungsauftrag für das betroffene Krankheitsbild automatisch, sobald es diagnostiziert ist, die Behandlung anderer Krankheitsbilder kann fortgesetzt werden.

HONORAR E & ZAHLUNGSMODALITÄTEN

Die Honorare werden durch die Honorarvereinbarung geregelt, die separat erstellt wird und diesen Behandlungsvertrag ergänzt.

Im Aufnahmebogen aufgeführte(r) Patient(in) wurde darüber aufgeklärt und bestätigt dies durch Unterschrift, dass die Kosten einer Behandlung durch Heilpraktiker für Psychotherapie nicht durch eine gesetzliche Krankenkasse erstattungsfähig sind und nicht in jedem Fall eine Erstattungsfähigkeit der entstehenden Behandlungskosten durch eine private Krankenversicherung bzw. im Rahmen der Beihilfe gegeben ist.

AUSFALLHONORAR

Versäumt im Aufnahmebogen aufgeführte(r) Patient(in) einen fest vereinbarten Behandlungstermin, verpflichtet er sich zur Zahlung eines Ausfallhonorars in Höhe von 100% des für den Termin vereinbarten Honorars. Es sei denn, der (die) Patient(in) sagt den Termin vorher, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, ab oder trägt nachweislich kein Verschulden an der Nichtwahrnehmung des Termins. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein geringer Schaden entstanden sei, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens für die Heilpraktikerin bleibt hiervon unberührt.

Terminabsagen können per SMS, WhatsApp, E-Mail oder Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden:

Melanie Dehnbostel | 0160/ 6356113 | info@erfolgdurchhypnose.de

DATENSCHUTZ & PATIENTENRECHTE

Diese Psychotherapiepraxis verpflichtet sich, alle gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zum Patientenrecht sorgfältig und gewissenhaft zu beachten und auf Wunsch detaillierte Auskünfte zu erteilen, die dann in der Patientenakte protokolliert werden. Die aus der EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) resultierenden Verpflichtungen werden, gemäß der Vorschriften, gesondert erfüllt und dokumentiert.

SALVATORISCHE KLAUSEL

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so soll die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt werden. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen soll eine Regelung treten, die im Rahmen des rechtlich Möglichen dem Willen der Parteien am nächsten kommt.

Isernhagen, _____
Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Heilpraktikerin

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

SEITE 3 VON 6

Melanie Dehnbostel, Am Ortfelde 22, 30916 Isernhagen; info@erfolgdurchhypnose.de

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum / -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit)
- Bankverbindung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- Therapeutische Behandlung und Betreuung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren.

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet:

- Steuerberater, Inkassounternehmen, Schufa

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus Ihrer Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtegesetzes 10 Jahre. Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages / der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

Hiermit erteile ich,

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

meine **Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten** im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin für Psychotherapie Melanie Dehnbostel, Am Ortfelde 22, 30916 Isernhagen.

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 hierdurch 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.

Isernhagen, _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

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. Der Widerruf ist zu richten an:

Melanie Dehnbostel, Am Ortfelde 22, 30916 Isernhagen; info@erfolgdurchhypnose.de

PATIENTENAUFKLÄRUNG ZU HYPNOSE

Es gibt Erkrankungen und Situationen, die eine Hypnose ausschließen und solche, bei denen Hypnose in der Regel nicht ratsam ist.

Kontraindikationen liegen bei folgenden Krankheitsbildern und Störungen vor:

- akuter Rauschzustand, Substanzsucht (Heroin, Alkohol und Ähnliches)
- Schizophrenie
- Depression
- Suizidalität (Selbsttötungsgefährdung)
- akute Angst- oder Verwirrungszustände
- Psychotraumatisierung
- Epilepsie
- geistige Einschränkung
- schwere oder akute Herzerkrankung
- Hirn- oder Nervenerkrankung
- (problematische) Schwangerschaft

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich verständlich und umfassend gemäß obigen Ausführungen über psychotherapeutische Tätigkeiten und Hypnose aufgeklärt wurde.

Ich habe diese Erklärung gelesen und bin mit ihr einverstanden.

Isernhagen, _____

Ort, Datum, Unterschrift