Behandlungsvertrag Praxis für hormonelle Balance und Homöopathie und Praxis für Integrale Evolution

Patient (**Name, Vorname**):_____

 Ich möchte selbst in der Praxis für hormonelle Balance und Traumatherapie behandelt werden. Der Ersttermin wird von HP Katia Trost durchgeführt. Ich bin darüber informiert, dass die Behandlung dann von HP Ulrike Hilpert in der Praxis für hormonelle Balance und Homöopathie weiter geführt wird oder ggf. in der Praxis für Integrale Evolution bei HP Katia Trost.

Ich entscheide mich nach dem ersten Termin und weiteren Informationen über die Behandlung gemeinsam mit HP Katia Trost in welcher Praxis ich am adäquatesten platziert werden kann. Es besteht nach dem Ersttermin für mich aber keine Verpflichtung mich bei HP Ulrike Hilpert oder HP Katia Trost weiter behandeln zu lassen.

 Ich, (Name, Vorname): _____ , als **Vormund/Elternteil** des Patienten oder der Patientin möchte eine Behandlung für mein Kind/Mündel in der Praxis für hormonelle Balance und Homöopathie. Es ist mir bewusst, dass HP Katia Trost das Erstgespräch durchführt und die weitere Behandlung von HP Ulrike Hilpert fortgesetzt wird. Es besteht nach dem Erstgespräch für mein Kind aber keine Verpflichtung sich bei HP Ulrike Hilpert oder HP Katia Trost weiter behandeln zu lassen.

 Ich akzeptiere die **allgemeinen Geschäftsbedingungen** und ausgewiesenen **Honorare** der Praxis für hormonelle Balance und Homöopathie und der Praxis für Integrale Evolution als Grundlage dieses Vertrages. Eine Kopie der AGB wurde mir bei der Reservierung meines Termins zur Verfügung gestellt.

 Ich habe verstanden, dass alle Terminabsagen, die weniger als 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, mit einem Ausfallhonorar bemessen werden (100%). Das Gleiche gilt für das Nichterscheinen oder das vorzeitige Abbrechen von Terminen meinerseits. Es liegt in meiner Verantwortung Termine rechtzeitig zu verschieben, sollten Laborergebnisse, die von mir und nicht über die Praxen angewiesen werden, nicht rechtzeitig zu meinem Termin vorliegen.

 Ich **verzichte** hiermit ausdrücklich bei der Terminbuchung auf mein 14-tägiges **Widerrufsrecht**, da ich ansonsten bei der Buchung von Terminen grundsätzlich erst in 14 Tagen einen Termin wahrnehmen kann (nach Ablauf der Wiederrufsfrist). Kurzfristige Termine sind dann nicht mehr möglich. Anderenfalls wird die Stornierungsregelung der Praxis faktisch ausgehebelt, da der Patient immer ungeachtet der Stornierungsvereinbarung Termine innerhalb von 14 Tagen stornieren könnte.

 Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Honorar **unabhängig von der Leistung privater Versicherungsträger fristgerecht und in voller Höhe innerhalb von 10 Tagen zu begleichen ist.** Es liegt in meiner Verantwortung im Vorfeld die Konditionen etwaiger Versicherungspolicen abzuklären. Die Abrechnungsstelle setzt sich ggf. für mich bei meiner Versicherung ein, eine Garantie der Rechnungsübernahme kann ich daraus aber nicht ableiten.

 Ich habe verstanden, dass ich meine **Krankengeschichte**, vorgenommene medizinische Eingriffe und die Einnahme von Arzneien nach besten Wissen und Gewissen **vollständig angeben muss**. Mir ist bewusst, dass ich zukünftige Änderungen meiner Gesundheit, die Einnahme von Arzneien, medizinische Eingriffe und neu begonnene Therapien mitteilen muss.

 Ich bin damit einverstanden, dass invasive Maßnahmen (z.B. Blutabnahme) und Hilfsarbeiten unter Umständen von geschultem Praxispersonal vorgenommen werden.

 Ich möchte für die Abrechnung meiner Termine die Dienste **der Abrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl** in Anspruch nehmen (**3% Aufschlag über den Rechnungsbetrag**), da Folgendes auf mich zutrifft:

- Private Versicherung
- private Zusatzversicherung
- Beihilfe versichert
- Ratenzahlung
- Langes Zahlungsziel (30 Tage) statt 10 Tage, siehe oben

Nehme ich die Abrechnungsstelle nicht in Anspruch, werden meine Termine pauschal abgerechnet, was private Krankenkassen nicht erstatten.

Meine zum Zwecke der Abrechnung relevanten Daten werden sicher verschlüsselt und nach den Vorgaben der DGSVO vertraglich abgesichert an PAS Dr. Hammerl übertragen. Meine Einwilligung zur Abrechnung über die Abrechnungsstelle kann ich jederzeit für die Zukunft wiederrufen.

Weitere Informationen zur Abrechnung über PAS Dr. Hammerls kann ich dem Anhang der AGB entnommen.

 Ich habe die **Datenschutzbestimmungen** im Patientenvertrag zur Kenntnis genommen und bin über meine Rechte diesbezüglich informiert worden. Mir ist bekannt, dass manche meiner Daten zur ordnungsgemäßen Ausführung der Praxistätigkeit Mitarbeitern der Praxis im Rahmen der Bestimmungen der DGSVO zur Verfügung gestellt werden.

 Ich bin hiermit darüber informiert worden und damit einverstanden, dass die Praxis für hormonelle Balance und Homöopathie oder die Praxis für Integrale Evolution maximal zwei Male im Jahr **wesentliche Änderungen** in Bezug auf die Behandlung, AGBs und der Praxisorganisation in Form eines Newsletters verschicken. Diesen kann ich jederzeit abbestellen, kann mich dann aber nicht darauf berufen über Änderungen nicht informiert worden zu sein. Über diesen Newsletter bekomme ich keine Werbeaktionen oder Ähnliches.

 Ich bin damit einverstanden meine Rechnungen über einen verschlüsselten Download **per E-Mail** zu bekommen. Mein Passwort wird mir nach der Anamnese Teil I übermittelt. Die Rechnungsübermittlung per E-Mail ist nur möglich, wenn nicht über die Abrechnungsstelle abgerechnet wird.

 Ich möchte meine Rechnungen **per Post** zugestellt bekommen. Nehme ich die Abrechnungsstelle in Anspruch, kommen meine Rechnungen immer per Post.

Ort, Datum Unterschrift

_____ _____