

# ANMELDUNG



**Martin Meir**

Heilpraktiker

**Praxis für Klassische Homöopathie  
Familien- und Systemaufstellungen**

Name

Vorname

Straße

PLZ | Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Dürfen wir Rechnungen und Informationen an Ihre E-Mail-Adresse schicken?  Ja  Nein

**Krankenversicherung**  Privat  Beihilfe  HP-Zusatzversicherung  Selbstzahler

Arten

## Behandlungskosten

### Privat versicherte Patienten | Beamte

Die privaten Krankenkassen sowie die Beihilfestellen erstatten die Behandlungskosten nach Richtlinien des jeweiligen Versicherungsvertrages. Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung der Heilpraktiker (GebüH), sofern sie sich mit den angefallenen Behandlungskosten vereinbaren lässt.

### Gesetzlich versicherte Patienten

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Behandlungskosten in der Regel nicht – auf Nachfrage werden jedoch Ausnahmen gemacht.

Die aktuellen Behandlungskosten (auch bei Mail- oder SMS-Kontakt) entnehmen Sie bitte der Website (Rubrik „Gebühren“).

**Ihre Behandlung ist eine privattherapeutische Leistung, die keine Vertragsleistung der Krankenkassen ist. Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen ist der Rechnungsbetrag immer in voller Höhe zu zahlen.**

Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, sagen Sie bitte mindestens **24 Stunden vorher ab – bei Erst-anamnesen mindestens 48 Stunden vorher**. Anderweitig wird der Termin entsprechend der Angaben unter „Gebühren“ auf meiner Website in Rechnung gestellt:

**Bitte bringen Sie Ihr Impfbuch und alle relevanten Befunde IN KOPIE mit – sonst muss ich dies in Rechnung stellen.**

## Datenschutz

*Erklärung des Behandlers:* Sie haben mit mir einen Behandlungsvertrag abgeschlossen. Rechtlich bin ich nach der Berufsordnung der Heilpraktiker (BOH) verpflichtet, Ihre Daten aufzunehmen und zu speichern. Das betrifft z.B. alle Fragen und Daten, die bei der Besprechung der Krankengeschichte (Anamnese), Diagnose und den Therapieanweisungen und Behandlungen entstehen, von dritter Stelle zugefügt werden oder die sich als diagnostische und therapeutische Verlaufskontrolle und Dokumentation im Rahmen der Therapie ergeben. Dazu gehören auch Daten, die mit Versicherungen und anderen Leistungsträgern ausgetauscht werden. Ich versichere, diese Daten mit größtmöglicher Sorgfalt zu speichern und vor Zugriffen nichtberechtigter Personen zu schützen. Dies gilt auch dann, wenn ich Daten oder Material an Dritte weitergebe, die dann in meiner Datensicherung eingebunden sind. Nur bei dokumentierten Daten ist eine kontinuierliche Verlaufskontrolle der Therapie und die Reaktion auf sich ändernde Bedingungen möglich.

Diese Einwilligungserklärung habe ich verstanden, Fragen hierzu wurden gestellt und ausreichend beantwortet. Ich bin mit den Behandlungstarifen, der Datenspeicherung und -sammlung einverstanden.

Ort | Datum

  
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r bei Minderjährigen)