

**AUFNAHMEBOGEN**

Name, Vorname				
Geburtstag				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
Telefon / Handy				
E-Mail				
Krankenversicherung	Gesetzlich	Privat	Beihilfe	Zusatzversichert
Darf ich E-Mails begleitend zur Behandlung übersenden?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Darf ich Ihren Namen und Ihre Handynummer auf meinem 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				
SMS				
WhatsApp				
Andere (welche?)				

**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG**

Hiermit entbinde ich Dr. Gabriela Hoppe von Ihrer Schweigepflicht gegenüber

\_\_\_\_\_

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde sowie gesundheits-, diagnose- und therapierelevante Daten mitgeteilt werden 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 und auf Vertrauen in die Methoden und Mittel der ganzheitlichen Naturheilkunde. 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 Dr. Gabriela Hoppe, Am Ortfelde 22, 30916 und

\_\_\_\_\_ als PatientIn wird ein **Behandlungsvertrag** mit Wirkung ab dem Datum der beiderseitigen Unterschriften abgeschlossen.

## GEGENSTAND DER VEREINBARUNG

Der/die im Aufnahmebogen angeführte(r) Patient(in) hat sich in Behandlung der dort angegebenen Heilpraktikerin begeben und nimmt eine naturheilkundliche Behandlung durch diese in Anspruch.

## DAUER DER BEHANDLUNG

Die Behandlung dauert so lange an, 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.

## HONORARE & ZAHLUNGSMODALITÄTEN

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

Im Aufnahmebogen angeführte(r) Patient(in) wurde darüber aufgeklärt und bestätigt dies durch Unterschrift, dass die Kosten einer Behandlung durch Heilpraktiker nicht durch eine gesetzliche Krankenversicherung 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 angeführte(r) Patient(in) einen fest vereinbarten Behandlungstermin, verpflichtet er sich zur Zahlung eines Ausfallshonorars 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 geringerer Schaden entstanden sei, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens für den Heilpraktiker bleibt hiervon unberührt.

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

Dr. Gabriela Hoppe | 0175 / 16 44 994 | [info@erfolgdurchernaehrung.de](mailto:info@erfolgdurchernaehrung.de)

## AUFKLÄRUNG

In dieser naturheilkundlichen Praxis werden Methoden der Schulmedizin, der Naturheilkunde, der Komplementär- und Alternativmedizin angewandt. Diese werden durch die Schulmedizin teilweise nicht anerkannt, auch fehlen zum Teil naturwissenschaftlich anerkannte Beweise für Wirkung und Wirksamkeit. Wir haben bis zur medizinischen Notwendigkeit eines Wechsels als Behandlungs-/Diagnoseverfahren die Durchführung und Anwendung der folgenden naturheilkundlichen und komplementärmedizinischen Verfahren vereinbart:

- Blutentnahme & Laboruntersuchungen
- Mikronährstofftherapie
- Ernährungstherapie
- Ausleitungs- und Entgiftungsverfahren
- Darmregulationstherapie
- Verfahren zur Stoffwechselregulation
- Entspannungsverfahren

Soweit die vereinbarten Leistungen auch Leistungen Dritter, z.B. Laboruntersuchungen erfordern, ist auch dies erläutert, kostenmäßig dargestellt und als Behandlungsauftrag vereinbart worden. Als PatientIn bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich über die Verfahren hinreichend und verständlich aufgeklärt wurde und derzeit keine Fragen dazu habe. Mit der Anwendung dieser Verfahren bin ich bis auf Widerruf ausdrücklich einverstanden

## DATENSCHUTZ & PATIENTENRECHTE

Diese Naturheilpraxis 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-Datenschutzgrundverordnung (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 PatientIn

\_\_\_\_\_   
Unterschrift Heilpraktikerin