

**AUFNAHMEBOGEN**

Name, Vorname				
Geburtstag				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
Telefon / Handy				
E-Mail				
Krankenversicherung <i>(bitte ankreuzen)</i>	Gesetzlich	Privat	Beihilfe	Zusatzversichert
Darf ich E-Mails begleitend zur Behandlung übersenden?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Darf ich deinen Namen und deine Handynummer auf meinem Mobiltelefon speichern? <small>(Ich weise aus rechtlichen Gründen darauf hin, dass der Dienst WhatsApp auf diesem Handy installiert sein kann.)</small>	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	

Über welches Kontaktmedium darf ich Informationen mit dir austauschen?

	Terminvereinbarung und -erinnerung	Austausch von Behandlungsinformationen	Austausch von Befunden (z.B. Laborergebnisse)	Übersendung der Rechnung
Persönlich				
Per Briefpost				
Telefon / Handy				
E-Mail				
SMS				
WhatsApp				
Andere (welche?)				

**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG (OPTIONAL)**

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 Patient:in

## 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, benötige ich dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben für meine Akten.

Zwischen der Heilpraktikerin Dr. Gabriela Hoppe, Am Ortfelde 22, 30916 und

\_\_\_\_\_ als Patient:in 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:innen 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 / sie 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 die Heilpraktikerin 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 | [mail@gabriela-hoppe.de](mailto:mail@gabriela-hoppe.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 Patient:in 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 & PATIENT:INNENRECHTE

Diese Naturheilpraxis verpflichtet sich, alle gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zum Patient:innenrecht sorgfältig und gewissenhaft zu beachten und auf Wunsch detaillierte Auskünfte zu erteilen, die dann in der Patient:innenkartei 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 Patient:in

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

## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

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

Dr. Gabriela Hoppe, Am Ortfelde 22, 30916 Isernhagen; [mail@gabriela-hoppe.de](mailto:mail@gabriela-hoppe.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 den 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 deine Daten?

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

- Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Inkassounternehmen, Schufa

### 5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

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

### 6. Wie lange werden deine Daten gespeichert?

Wir speichern deine Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus deiner Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patient:innenrechtegesetzes 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 dich?

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 kannst du 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 beachte, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

### 8. Bereitstellung deiner Daten

Mit deiner Unterschrift verpflichtest du dich, die zu deiner 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 Dr. Gabriela Hoppe, 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:

Dr. Gabriela Hoppe, Am Ortfelde 22, 30916 Isernhagen; [mail@gabriela-hoppe.de](mailto:mail@gabriela-hoppe.de)