VERENA VÖLLMECKE
HEILPRAKTIKERIN

Einverständniserklärung

Name:

Anschrift:

Geburtstag: Telefonnummer:

Mit meiner unten geleisteten Unterschrift bestätige ich folgende Punkte:

- Die Kosten der Behandlung richten sich nach Indikation und wurden im Vorfeld mit Frau Völlmecke bereits besprochen
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mögliche Verlängerungen der Behandlungszeit anteilig berechnet werden
- Ich bestätige hiermit in Kenntnis gesetzt worden zu sein, dass die Erstattung der Vergütung durch eine Krankenkasse, Beihilfestelle oder private Krankenversicherung möglicherweise nicht gewährleistet ist
- Ich bestätige, dass die vereinbarte Diagnostik und Therapie nicht als wissenschaftlich anerkannt gilt, die Behandlungen werden der Alternativmedizin zugeordnet und ich wünsche diese Behandlung zu erhalten
- Ich bestätige, dass ich eine Quittung (oder auf Wunsch eine Privatrechnung) erhalte und selbst bezahlen muss
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Bezahlung bar oder mit Karte nach jeder Therapieeinheit erfolgt
- Ich bestätige ausdrücklich, dass ich nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24Std vorher) in voller Höhe bezahlen muss

Frankenberg, den_____ _____
Unterschrift PatientIn

Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten (Datenschutz)

Hiermit erteile ich,

_____

Vorname und Name

Meine Einwilligung zur Datenerfassung und –verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zum Zweck meiner Behandlung in der Patientenakte/ elektronische Patientenakte in der Praxis:

Heilpraktikerin Verena Völlmecke
Stapenhorststraße 9
35066 Frankenberg

Ich bin darauf hingewiesen worden,

- dass die Einwilligung die Verarbeitung von sensiblen Gesundheitsdaten umfasst
- dass die Verarbeitung von Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung und des zu Grunde liegenden Behandlungsvertrages erforderlich ist
- dass mir bekannt ist, dass ich nicht zur Einwilligung verpflichtet bin
- dass ohne Einwilligung eine Behandlung jedoch nicht erfolgen kann
- dass ich die erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der Einwilligung der bis zum Widerruf verarbeitenden Daten wird durch den Widerruf nicht berührt. Die Weiterführung der Behandlung ist im Falle des Widerrufes nicht mehr möglich.

Das Merkblatt zur Datensicherung habe ich erhalten. (siehe Seiten 3+4)

_____ _____

Datum Unterschrift PatientIn

Merkblatt zur Datensicherung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie zum Datenschutz haben.

1. Verantwortung für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Heilpraktikerin Verena Völlmecke
Adresse: Stapenhorststraße 9, 35066 Frankenberg
Kontaktdaten: Telefon: 06451-74 92 659

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Heilpraktikerin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Heilpraktiker, Ärzte, Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Außer den Gesundheitsdaten werden u.a. Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenversicherungsdaten, Mobil- und Festnetznummern erhoben und gespeichert.

3. Empfänger Ihrer Daten

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker/Ärzte/ Psychotherapeuten, Krankenversicherungen, privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Ihres Wohnortes oder meines Praxissitzes für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind die Artikel 9 Absatz 2 lit. H DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr.1 lit. B Bundesdatenschutzgesetz und Artikel 6 Absatz 1 S. 1 lit. B DSGVO.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Ihre Verena Völlmecke

VERENA ÖLLMECKE
HEILPRAKTIKERIN

Fragebogen

Hausarzt:

Familienstand:

Beruf:

Kinder:

Wie verliefen die Geburten:

Vorerkrankungen:

Medikamente:

Nahrungsergänzungsmittel:

Bekannte Allergien/ Unverträglichkeiten:

Bisherige Operationen:

Zahnbeschwerden:

Jetzige Beschwerden:

(Sollte der Platz nicht ausreichen, beantworten Sie die Fragen bitte auf einem separaten Blatt)