

# Behandlungsvereinbarung und Einverständniserklärung

zwischen

## VitalPraxis

Sabine Benig, Heilpraktikerin  
Prof.-Becksmann-Str. 1, 69427 Mudau

und

### Patient

Name	_____	Vorname	_____
Geb.-Datum	_____	Geschlecht	_____
Straße	_____	Hausnr.	_____
PLZ	_____	Wohnort	_____
Mobil	_____	e-mail	_____

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend über die naturheilkundliche Diagnostik und die Therapieverfahren sowie die Abrechnung aufgeklärt worden bin und keine weiteren Fragen und Einwände habe. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatrechnung erhalte und diese selbst bezahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine private Krankenversicherung/Beihilfestelle oder private Zusatzversicherung die Erstattung der Rechnung ganz oder teilweise ablehnen kann.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Behandlungskosten auch im Falle einer Nichterstattung durch die Versicherung in vollem Umfange durch mich zu bezahlen sind. Diese gilt auch für die Kosten analoger Bewertungen. Eine Forderungsabtretung an Dritte ist nur in beiderseitigem Einverständnis gestattet.

Ich werde vereinbarte Behandlungstermine pünktlich einhalten und eine evtl. Verhinderung rechtzeitig anzeigen. Bei Zuspätkommen erlischt nach angemessener Dauer (15 min.) das Recht auf die Behandlung. Die Heilpraktikerin behält sich vor, bei einem zu späten Erscheinen oder unentschuldigtem Fernbleiben ihren entstandenen Ausfall in entsprechender Höhe in Rechnung zu stellen.

Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung (25.5.2018):

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert werden. Die Speicherung erfolgt nur zum Zwecke der naturheilkundlichen Behandlung. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ausnahmsweise gestatte ich die Weitergabe der Daten an Dritte, sofern diese Weitergabe im unmittelbaren Zusammenhang mit meiner Behandlung steht (z.B. Weitergabe an Labors, weiterführende Untersuchungen, etc.).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/  
Erziehungsberechtigten/Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_