

# ANMELDUNG



**Martin Meir**

Heilpraktiker

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

Name

Vorname

Straße

PLZ | Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Dürfen wir 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 wurden in der Vergangenheit jedoch Ausnahmen gemacht.

**Die aktuellen Behandlungskosten (auch bei Telefon-, Mail- oder SMS-Kontakt) entnehmen Sie bitte meiner 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 Erstanamnesen mindestens 48 Stunden vorher**. Anderweitig wird der Termin entsprechend der Angaben unter „Gebühren“ auf meiner Website in Rechnung gestellt.

### Bei homöopathischer Behandlung:

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

**Diese Einwilligungserklärung (Behandlungsvertrag) habe ich verstanden, Fragen hierzu wurden gestellt und ausreichend beantwortet. Ich bin mit den Behandlungstarifen, der Datenspeicherung und -sammlung einverstanden – siehe Folgeblatt.**

Ort | Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r bei Minderjährigen)

# DATENSCHUTZRECHTLICHE VEREINBARUNG

in die Verarbeitung personenbezogener Daten gem. Art. 7 DSGVO

## Hiermit erteile ich

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

**meine Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

**Martin Meir | Heilpraktiker | Rumburgstr. 11 | 86165 Augsburg | Tel. 0049 (0) 821.711550**

Hiermit **bestätige** ich Folgendes (bitte ankreuzen):

- 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 Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Den Inhalt der unten abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen. 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.
- Mir ist bewusst, dass bei Kontakt über Messengerdienste oder E-Mail im ungünstigsten Fall mitgelesen werden kann, bzw. auch dort meine Daten gespeichert werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten

## 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:

**Martin Meir | Heilpraktiker | Rumburgstr. 11 | 86165 Augsburg | Tel. 0049 (0) 821.711550**

# DATENSCHUTZRECHTLICHE VEREINBARUNG

in die Verarbeitung personenbezogener Daten M I N D E R J Ä H R I G E R gem. Art. 7 DSGVO

## Hiermit erteile ich

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

## als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

**Martin Meir | Heilpraktiker | Rumburgstr. 11 | 86165 Augsburg | Tel. 0821.711550**

Hiermit **bestätige** ich Folgendes (bitte ankreuzen):

- 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 Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Den Inhalt der unten abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen. 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.
- Mir ist bewusst, dass bei Kontakt über Messengerdienste oder E-Mail im ungünstigsten Fall mitgelesen werden kann, bzw. auch dort meine Daten gespeichert werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten

## 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:

**Martin Meir | Heilpraktiker | Rumburgstr. 11 | 86165 Augsburg | Tel. 0821.711550**