

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG gemäß Art. 7 DSGVO:

Patient: Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Hiermit erteile ich meine **Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten / der Gesundheitsdaten meines Kindes** im Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers **Thomas Früchtl, Sendlinger Str. 25, 80331 München**. Ein Datenschutzbeauftragter ist in dieser Praxis nicht erforderlich.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass:

- die Verarbeitung meiner Daten / der Daten meines Kindes zum Zweck der medizinischen Behandlung **erforderlich** ist.
- die Einwilligung die **Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten)** umfasst
- Meine Einwilligung **freiwillig erfolgt**. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir / meinem Kind hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Heilpraktiker erfolgen.

Zusätzlich wurde mir von dem o. g. verantwortlichen Heilpraktiker vor der Erfassung meiner Daten eine **Patienteninformation zum Datenschutz** in dieser Praxis ausgehändigt.

Die **Widerrufsbelehrung** habe ich vor Erteilung der *Einwilligung zur Kenntnis genommen: 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 (d.h. die bis dahin erhobenen Daten bleiben bis zum Ende der Aufbewahrungspflicht - i. d. R. 10 Jahre - gespeichert). 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 kann mündlich oder schriftlich erfolgen und ist zu richten an den o. g. datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktiker.

Freiwillige Angabe:

- Einwilligung zur datenschutzkonformen Kontaktaufnahme **per email** zum Zweck der Übersendung von Befunden, behandlungsrelevanten Informationen und Rechnungsstellung

_____, den _____

Unterschrift des Patienten,
bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters

Naturheilpraxis Thomas Früchtl

Erkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja wieviel?	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja wieviel?	<input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja wieviel?	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einer ansteckenden Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ja welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie derzeit Anzeichen einer Erkältung oder Symptome der COVID-19 Erkrankung („Corona“)?	z. B., Fieber, trockener Husten, Brustschmerz, Abgeschlagenheit, Geschmacksstörungen, Geruchsstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde bei Ihnen eine Infektion mit resistenten Erregern festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Hausarzt:		
verweisender Arzt oder Heilpraktiker:		
Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung Herr / Frau _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> ich bin / war Patient von Frau HP Anna Kränzle	

Kosteninformation (22.12.2020)

Leistung	Honorar (ca.)
Ersttermin (bis zu 90 Min.): Anamnesegespräch, Beratung, Diagnostik, zuzüglich anfallender Labor- und Arzneimittelkosten je nach Zeitaufwand und Komplexität	120 - 220 €
Homöopathische Erstanamnese (bis zu 90 Min.) zur klassisch-homöopathischen Einzelmittelbehandlung. Zzgl. anfallender Labor- und Arzneimittelkosten. Je nach Zeitaufwand und Komplexität	120 - 220 €
Standardtermin (30-60 Min.), z. B. Beratung, Untersuchung, Homöopathie-Folge-termin, Infusion, Dorn-Therapie, Neuraltherapie) Je nach Zeitaufwand und Komplexität	60 - 120 €
Laborkosten und Kosten für Arzneimittel, soweit sie angefallen sind	je nach Aufwand
Augmentierte Elektroakupunktur bei Allergien (1. Termin / 2. Termin)	70-80 € / 20-30€
PRP-Behandlung (homöopathisch aufbereitet) bei Gelenkbeschwerden oder Haarausfall, pro Termin	220 - 270 €
sonstige Leistungen zum allgemeinen Satz (je nach Zeitaufwand) (gilt auch für Telefonate und email-Korrespondenz)	60 € / 30 Min.
Ausfallentschädigung für <u>unentschuldigtes</u> Terminversäumnis	80 €

Bitte beachten Sie:

- Die oben genannten Angaben zum Honorar sind als **Richtwerte** zu verstehen und gelten nur, falls nicht anders vereinbart. Das endgültige Honorar richtet sich nach dem **zeitlichen Aufwand der Behandlung**, abhängig von der Komplexität des Krankheitsbildes. **Sondervereinbarungen** können getroffen werden.
- Die **gesetzliche Krankenkasse** erstattet die Behandlungskosten **nicht**. **Private Krankenversicherungen, Zusatzversicherungen, Beihilfe** erstatten die Behandlungskosten je nach Vertrag **ganz oder teilweise!** Im Zweifelsfall erkundigen Sie sich bitte vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Versicherung über die Vertragskonditionen.
- Sie erhalten nach der Behandlung eine Rechnung. Diese wird bei Privat- / Zusatz- / Beihilfeversicherten aufgeschlüsselt nach GebÜH** (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) **bzw. LVKH** (Leistungsverzeichnis klassische Homöopathie).

Der Rechnungsbetrag ist per Bar- oder Kartenzahlung bzw. per Überweisung 14 Tage nach Erhalt der Rechnung vollständig zu begleichen, unabhängig von Zeitpunkt und Höhe einer eventuellen Erstattung durch die Versicherung.

- Terminabsagen** spätestens 24 Stunden vor dem Termin. **Bei unentschuldigtem Terminversäumnis behalte ich mir vor, eine Ausfallentschädigung (s.o.) berechnen.**

München, den _____

Unterschrift des Patienten (bzw. gesetzl. Vertreters)