

## Behandlungsvertrag und Einverständniserklärung zur Erhebung / Speicherung / Übermittlung von Patientendaten gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnadresse

erkläre hiermit, dass die von Herrn Jan Paffrath angebotenen Verfahren zur Diagnosestellung und Therapie im Rahmen der Osteopathie, der Liebscher-Bracht-Schmerztherapie, Bioresonanztherapie u.a. von mir ausdrücklich **gewünscht** sind. Die individuellen Schritte der Therapie werden vorab besprochen.

erkläre ausdrücklich, den Rechnungsbetrag als **Privatleistung** in jedem Falle selbst zu begleichen, unabhängig von evtl. Ansprüchen auf Erstattungen oder Zuschüssen seitens meiner gesetzlichen (GKV) oder privaten (PKV) Krankenversicherung. Diese **Ansprüche** regle ich mit meiner GKV / PKV selbst.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

bin damit einverstanden, dass Herr HP Jan Paffrath (im Rahmen der Naturheilpraxis HoloSapiens / Kuugel e.V.) mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, sofern erforderlich, an **andere Heilpraktiker / Ärzte / Therapeuten** zum Zweck der weiteren oder ergänzenden Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt.

habe die in der Praxis HoloSapiens frei ausliegenden und auf der Homepage öffentlich einsehbaren **AGBs** zum zu erwartenden Kostenrahmen, dem Anspruch auf ein Ausfallhonorar bei schuldhaftem Terminversäumnis und die Patienten-informationen zur **DS-GVO** gelesen, als Grundlage für den Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen und verstanden. Meine Fragen hierzu sind ausreichend beantwortet worden.

\_\_\_\_\_  
s.o.  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

erkläre mich ausdrücklich mit **Emailkontakt** von Herrn Jan Paffrath im Zusammenhang mit der zweckdienlichen heilkundlichen Tätigkeit der Naturheilpraxis HoloSapiens (z.B. Übungen, Rezeptvorschlägen, Beratung bei Rückfragen etc.), sowie den Erhalt des unregelmäßig erscheinenden und jederzeit abbestellbaren **Newsletter** der Praxis HoloSapiens einverstanden.

\_\_\_\_\_  
s.o.  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

erkläre, diese **Einwilligung** freiwillig gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung zukünftig jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.  
Die **Widerrufserklärung** soll bitte schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine **personenbezogenen Daten** und die meiner Kinder, sofern diese auch hier in Behandlung sind, von Herrn HP Jan Paffrath (im Rahmen der Naturheilpraxis HoloSapiens / Kuugel e.V.) zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und zur **Weiterleitung** an die Abrechnungsstelle SD ADMIN EWIV, Europaplatz 2, 10557 Berlin genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten, z.B. Anamnese, Diagnosen, Behandlungsdatum, Befunde usw.

\_\_\_\_\_  
s.o.  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter