

Naturheilpraxis für **Entspannung & Gesundheit**
Inga Sabrina Engelmann-Beck, Vor dem Ishoop 1, 29582 Hanstedt

Name: _____
Geb. _____
Str. _____
Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____



Inga Sabrina Engelmann-Beck
-Heilpraktikerin & Master of
Chiropraktik & Osteopathie-

Praxis für alternative Medizin
Physiotherapie & Osteopathie

Aufnahme/Abrechnung/ Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientinnen, geehrte Patienten,

Ich begrüße Sie herzlich in meiner Praxis und wünsche Ihnen, dass Sie sich hier gut fühlen. Aus diesem Grund kläre ich Sie mit diesem schreiben über die Abrechnung, den Datenschutz und die Praxisgrundsätze auf. Mit ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den Nachfolgenden Eigenschaften der Praxis einverstanden.

Die Abrechnung erfolgt nach Behandlung oder zum Ende des jeweiligen Monats, egal ob die Therapie oder die Behandlung schon beendet ist.

Die Rechnung ist in voller Höhe innerhalb von 14 Tagen zu erstatten. Es gilt das Rechnungsdatum. Eine Erstattung durch Ihre Krankenkassen können wir nicht beeinflussen. Bei der Abrechnung halte ich mich an die GBÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Nicht alle Therapien sind in der GBÜH verankert.

Nicht oder kurzfristig abgesagte Termine werden berechnet.

Alle Behandlungen und Therapien werden Ihnen erklärt und nur mit Ihrem Einverständnis durchgeführt.

Es gibt keine Erfolgsversprechen oder Garantien auf die Therapie.

Ihr Daten werden für interne Zwecke gespeichert.

Ihre Daten werden für interne Zwecke gespeichert.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der/des Patienten
(Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)

Inga Sabrina Engelmann-Beck
-Heilpraktikerin & Master of Chiropraktik-

Name, Vorname

Praxisanschrift:
Vor dem Ishoop 1
29582 Hanstedt I

Telefon:
0 58 22 / 85 34 150
01 78 / 8 45 71 03

Email:
praxis@heilpraktiker-hanstedt.de

Datum: __.__.2025



Einverständniserklärung zum Datenschutz

Im Rahmen der Behandlung in unserer therapeutischen Praxis können Sie alle Fragen hinsichtlich Ihrer gesundheitlichen Situation mit ausgebildeten Therapeuten besprechen. Die Informationen, die Sie dabei über sich machen, behandeln wir selbstverständlich vertraulich und geben Sie in keinem Fall an unberechtigte Dritte weiter. Alle Personen unserer Praxis, die mit Ihrer Betreuung befasst sind, unterliegen außerdem der gesetzlichen Schweigepflicht.

Damit wir Sie jederzeit optimal betreuen können, erfassen wir Ihre persönlichen Angaben sowie den Behandlungs- und Therapieverlauf elektronisch mit der Software MediFox therapie. Diese nutzen wir auch zur späteren Abrechnung mit den Kostenträgern.

Ich willige ein, dass die Informationen, die ich im Rahmen meiner therapeutischen Behandlung weitergebe, in die Software MediFox therapie eingegeben und auf dem Cloudserver gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden keine neuen Daten mehr eingegeben und die bislang gespeicherten Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Datum, Name, Vorname des Patienten/der Patientin

Unterschrift