

Behandlungsvertrag
zwischen

Name, Vorname des Patienten: _____

Adresse/Postleitzahl: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Vertrag bitte vollständig leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen

Krankenversicherung bitte ankreuzen:

Krankenkasse : gesetzlich privat privat/Beihilfe HP-Zusatzvers.

und

Harald Sturm
Heilpraktiker/Osteopath

Patienteninformation

Die Abrechnung erfolgt laut dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker(GebüH)

Um die Geschäftsbeziehung mit Ihnen aufrecht erhalten zu können, möchte ich Sie in Bezug auf die neue EU-Grundverordnung informieren, dass ich persönliche Daten in meinem System verarbeiten und sichern werde.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Die Sicherung der Daten hat so lang Bestand, solange die Geschäftsbeziehung besteht.

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis spätestens 1 Arbeitstag vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Unterschrift und Einwilligung Patient/: _____ **Datum:** _____