

Behandlungsvertrag + Datenschutzeinwilligung Praxis Bankwitz

Name des Patienten _____

Adresse _____

Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon / Handy _____

Krankenkasse: o gesetzlich o privat o Zusatzversicherung

Als Honorar für eine Behandlung (bis zu 75 min) wird ein Betrag von EUR (120) vereinbart. Das Honorar ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine (werktags spätestens 24 Stunden vorher) fällt eine Ausfallpauschale von EUR (120) für den Fall an, wenn ich den Termin nicht anderweitig vergeben kann.

Ich willige ein, dass meine Daten erhoben und gespeichert werden, (max. Aufbewahrungspflicht 10 Jahre) da der Heilpraktiker dazu verpflichtet ist (Art. 6 Abs. 1b DSGVO).

Ich weiß, dass ich ein Recht auf Auskunft, Löschung (nach 10 Jahren) und Sperrung habe. Ich habe zudem das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde. Ich habe die Datenschutzbelehrung erhalten.

Ort / Datum / Unterschrift _____

Hiermit willige ich ein, dass ich sensible Daten per email zur Vertragsabhandlung empfangen kann, z. B. Rechnung.

Diese Daten werden gespeichert und erhoben.

Emailadresse: _____

Datum / Unterschrift _____

Danke für ihre Aufmerksamkeit!