



Dr. Beate Blumrich

Praxis für Hypnotherapie, spirituelle Hypnose und Bewusstseinsarbeit

ALLGEMEINE AUFKLÄRUNGSVEREINBARUNG

Name:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Festnetznummer:

Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Familienstand:

Beruf:

In meiner privatärztlichen Praxis werden alle Untersuchungen und Behandlungen entsprechend den Gebührensätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet. Alternative Verfahren werden in Anlehnung an die GOÄ-Ziffern entsprechend gekennzeichnet. Sie besprechen mit mir den Umfang der geplanten Maßnahmen und geben mit Ihrer Unterschrift ihr Einverständnis, dass die anfallenden Kosten für die angebotenen Maßnahmen von Ihnen vollständig beglichen werden. Bezüglich des Kostenumfanges der geplanten Maßnahmen biete ich Ihnen auf Ihre Nachfrage gerne an, die GOÄ einzusehen bzw. einen Kostenvoranschlag bei mir einzuholen, um gegebenenfalls eine Kostenübernahme durch Ihre Versicherung im Vorfeld zu klären.

Ich möchte Sie höflich darauf hinweisen, dass auch eine private Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, über das Maß des medizinisch Notwendigen hinaus für anfallende Kosten aufzukommen, auch wenn die ergriffenen Maßnahmen medizinisch durchaus sinnvoll sind. Im Falle einer Nichterstattung durch Ihre Krankenversicherung dürfen keine eventuelle Rückzahlungsansprüche an Ihre Krankenversicherung abgetreten werden, ein Forderungsübergang nach §67 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) ist ausgeschlossen. Ebenso erteilen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, dass die Erstellung und der Einzug der für Sie bestimmten Privatrechnungen durch die Firma Arco Verrechnungs-Systeme GmbH, Hindenburgstr. 23a, 21335 Lüneburg erfolgt, an die alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Abrechnungsdiagnosen) weitergegeben werden. Dies betrifft auch die Weitergabe der hierzu erforderlichen Daten zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Durchsetzung der Rechnungsforderung. Zu diesen Zwecken entbinden Sie mich mit Ihrer Unterschrift ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.



Dr. Beate Blumrich

Praxis für Hypnotherapie, spirituelle Hypnose und Bewusstseinsarbeit

Als ärztliche Abrechnungsstelle unterliegt die Firma Arco – so wie jeder Arzt – den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Andere Zahlungswege besprechen Sie persönlich mit mir.

Den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten nehme ich sehr ernst. Ich betreibe eine Einzelpraxis, in welcher ich allein Zugang zu Ihren Daten habe. Jegliche weiteren Angaben zu Aufnahme und Verarbeitung Ihrer Daten durch mich sowie deren ggf. erforderliche Weitergabe an Dritte (wie z.B. beim Ausstellen von Rezepten und Formularen, Untersuchungsanforderungen an Labors) entnehmen Sie bitte der Auslage im Wartebereich und meiner Homepage unter <https://www.praxis-blumrich.de/datenschutz.html> . Auf Wunsch können Sie diese Informationen auch in ausgedruckter Form von mir erhalten.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie mir auch die Erlaubnis, im Erfordernisfall per Email mit Ihnen zu kommunizieren.

Da ich eine Terminpraxis betreibe und bestrebt bin, Ihnen keine unnötigen Wartezeiten zu bereiten, möchte ich Sie bitten, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin nicht erscheinen können, bitte ich Sie diesen bis spätestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, andernfalls sieht der Gesetzgeber für „Bestellpraxen“ gemäß §615BGB ein Ausfallshonorar als Schadensersatz vor, da in diesem Fall der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. Bei Absage später als einen Arbeitstag (24 Std.) vor dem Termin, bzw. bei mehrstündigen Rückführungshypnosen und Arbeit mit erweiterten Bewusstseinszuständen 5 Arbeitstage vorher, muss ich daher ein Ausfallshonorar in voller Höhe berechnen; in persönlicher Absprache kann aber meist eine Einigung gefunden werden, die für beide Seiten annehmbar ist.

Unterschrift

Name in Druckschrift:

Ort:

Datum:
