

**Liebe Patienten,**



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Die Abrechnung erfolgt nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH), und die Bezahlung ist direkt nach der Behandlung in bar oder per Karte fällig.  
**(Selbstzahler)**

Bezahlte Pakete können **nicht** erstattet werden.

### **Datenschutz**

- Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung, insbesondere Artikel 6 und 9 DSGVO.
- Aufbewahrungsfristen für personenbezogene Daten sowie deren Schutzmaßnahmen.
- Rechte der betroffenen Personen, darunter Auskunftsrecht, Berichtigungsrecht und Löschungsrecht.
- Erhebung und Verarbeitung von Daten für Terminbuchungen, darunter Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail, Krankenkassenstatus und weitere medizinische Informationen unter anderen für Doctolib.
- Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung nach Art. 6 I b) DSGVO (Behandlungsauftrag) und Art. 9 II h) DSGVO (Gesundheitsvorsorge).
- Keine Weitergabe an Dritte und Verpflichtung von Doctolib zur ärztlichen Schweigepflicht.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Hiermit bestätige ich diese Inhalte gelesen und Akzeptiert habe:

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_