Heilpraktikerin  
Daniela Kniese  
Dreilindenstraße 80  
14109 Berlin

0176 64375831  
[kniese.hp@gmail.com](mailto:kniese.hp@gmail.com)

Liebe/r Patient/in,  
herzlich willkommen, in der Praxis für Heilkunde von Ihrer Heilpraktikerin, Daniela Kniese.

Vor jeder Behandlung steht durch den Gesetzgeber und durch meine Sorgfaltspflicht, eine Reihe von administrativen Abläufen. Diese sind notwendig und müssen vor dem Termin durchgeführt werden.

Vor einer möglichen Behandlung/ Beratung benötige ich von Ihnen die Bestätigung verschiedener Dokumente und Vereinbarungen, wie:

-Honorarvereinbarungen mit Auswahl der Zahlungsmodalitäten und  
 Behandlungsvertag  
 -Sondervereinbarungen einen Telefontermin  
 -Zustimmung zu unserem Datenschutz (DSGVO)  
 -Einverständniserklärung zu verschiedenen Sachverhalten  
 -Datenblatt mit Ihren Kontaktdaten  
 -Vorbefunde (falls vorhanden)

Selbstverständlich erkläre ich bei Ihrem ersten Gespräch auch nochmal die Vereinbarung und kläre alle persönlichen Fragen.

**Sie erhalten ihre Unterlagen mit dieser Mappe**

Bitte lesen Sie sich alle Informationen aufmerksam durch.

Wenn Sie offene Fragen haben, erreichen Sie mich per E-Mail oder telefonisch.

**Terminvereinbarung und Kontakt**

-Sie können einen Termin online über meine Internetseite   
 buchen.

-Per E-Mail

-Oder telefonisch (meist nur Mailbox! Rufe so schnell wie möglich zurück)

**Vor Ihrem ersten Termin**

-Bitte füllen Sie alle Unterlagen aus der Mappe aus und tragen Ihre   
 Daten ein  
 -Bitte senden Sie mir Ihre Unterlagen ausgefüllt und unterschrieben  
 als PDF via Mail an [kniese.hp@gmail.com](mailto:kniese.hp@gmail.com) oder bringen Sie sie zum   
 ersten Termin mit.  
 -Bitte senden Sie Ihre bereits vorliegenden Befunde per E-Mail als   
 PDF oder bringen Sie sie zum ersten Termin mit. (Dies ist hilfreich um   
 Ihren Fall besser einschätzen zu können und erspart ggf. doppelte   
 Diagnostik)

**Bitte beachten Sie: ausschließliche Fernbehandlungen sind nicht möglich. Bei Neuaufnahmen finden in der Regel zwei Termine statt.**

Den genauen Ablauf der Termine besprechen wir am besten bei einem kurzen Kennenlerntelefonat.

**Hinweise Telefontermin**:

Bei einem Telefontermin rufe ich Sie unter der hinterlegten Telefonnummer zur vereinbarten Uhrzeit (plus/ minus 5 Minuten) an.  
Bitte seien Sie dann erreichbar! Auch Telefontermine sind verbindlich!

Sollten Sie einen Termin (auch Telefontermin) nicht einhalten können, geben Sie mir bitte so früh wie möglich Bescheid, spätestens jedoch 24 Stunden vorher, damit der Termin wieder an die Wartenden weitergegeben werden kann.  
**Nicht abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt!**

**Herzliche Grüße**

**Daniela Kniese**

Datenblatt

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift |  |
| Versicherung |  |
| E-Mail |  |
| Telefon/ Mobiltelefon |  |

Hiermit bestätige ich, die Daten wahrheitsgemäß angegeben zu haben

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort,Datum Unterschrift der/des Patientin/ Patienten Datenschutzrechtliche Einwilligung in die   
Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Daniela Kniese, Heilpraktikerin, Dreilindenstraße 80, 14109 Berlin

Hiermit bestätige ich Folgendes:

-Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum   
 Zweck der medizinischen Behandlung ( Anamnese, Befunderhebung, Diagnose,   
 Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrundeliegenden   
 Behandlungsvertrags erforderlich ist.

-Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung  
 sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

-Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der  
 Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommmen.  
  
 -Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet  
 bin, diese Einwilligung zu teilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen  
 mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch keine   
 Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

-Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung hab ich vor Erteilung der   
 Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/ des Patientin/ Patienten

**Widerrufserklärung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:  
Daniela Kniese, Heilpraktikerin, Dreilindenstraße 80, 14109 Berlin

Honorarvereinbarung  
zwischen  
Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nachname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Geburtsdatun:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
und Daniela Kniese, Heilpraktikerin, Dreilindenstraße 80, 14109 Berlin

Ich wurde von Frau Kniese darauf hingewiesen, dass ich die mit der Beratung und Behandlung entstehenden Kosten selbst trage und die etwaige Erstattung seitens meiner Versicherung nicht vollumfänglich gewährleistet ist. Das Kostenerstattungsverfahren mit einem möglichen Kostenträger leite ich selbst ein.  
**Eine Nicht- oder Teilerstattung hat keinen Einfluss auf die Honoraransprüche.**  
Über die voraussichtlichen Behandlungskosten und Abrechnungsmodalitäten, auch ggf. analoger Abrechnung und Abrechnung oberhalb des Rahmens des GeBüH bin ich informiert und einverstanden.

O Ich wünsche eine **Abrechnung analog GeBüH** und weiß, es können Sätze oberhalb   
 des GeBüH Rahmens mit Faktor verwendet werden, die nicht immer erstattet werden.  
 **Ich überweise gemäß des Zahlungsziels auf der Rechnung.** Die Sätze liegen in der   
 Regel etwas höher als die pauschalen Sätze für Selbstzahler.

O Ich wünsche eine **pauschale Abrechnung für Selbstzahler. Abgerechnet wird nach   
 Zeit:** Ersttermin. 50€ pro angefangener Halbestunde  
 Folgetermin: 25€ pro angefangener Viertelstunde  
 und erhalte eine Rechnung ggf. zur Vorlage beim Finanzamt. Diese Belege enthalten   
 keine Abrechnungsziffern. Diagnosen schwärze ich auf Wunsch selbst.  
 **Ich überweise gemäß des Zahlungsziels der Rechnung.**

**Vereinbarte Termine sind verbindlich!**

Im Falle einer Verhinderung können Termine bis 24 Stunden ohne Zahlungsverpflichtung abgesagt werden. Anderenfalls erstatte ich Frau Kniese ein Ausfallhonorar von   
50€ je Stunde.

Ich wurde informiert, dass auch Beratungen der Telefonsprechstunde und Beratungen per E-Mail nach den gleichen Modalitäten wie Termine vor Ort abgerechnet werden. Ich habe die separate Vereinbarung dazu gelesen, verstanden, ausgefüllt, unterschrieben und bin vollumfänglich eiverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Zusatzvereinbarung zur Telefonsprechstunde

Ich wurde von Frau Kniese darauf hingewiesen, dass ich auch für die   
Nutzung der Telefonsprechstunde, die mit der Beratung und Behandlung   
entstehenden Kosten, selbst trage und die etwaige Erstattung seitens meiner Versicherung nicht vollumfänglich gewährleistet ist.

Die Kostenerstattungsverfahren mit einem möglichen Kostenträger leite   
ich selbst ein.

Ich habe die Honorarvereinbarung und die Datenschutzerklärung und die Vereinbarung zur Telefonsprechstunde erhalten, gelesen, verstanden, ausgefüllt, unterschrieben und als PDF via E-Mail geschickt oder zum ersten Termin mitgebracht.

Die Durchführung und Nutzung der Telefonsprechstunde kann eingeschränkt werden, wenn eine persönliche Untersuchung erforderlich wird. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Telefon, kann nur erfolgen, wenn es medizinisch vertretbar ist und die erforderliche heilpraktische Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewährleistet werden kann.

Ich weiß, dass Frau Kniese im Rahmen ihrer Sorgfaltspflicht jederzeit festlegen kann, dass ein persönlicher Praxisbesuch erforderlich sein kann oder ein Arztbesuch in einem Notfall empfohlen werden kann.

Alle bis dahin in Anspruch genommenen Beratungen der Telefonsprechstunde werden abgerechnet, auch wenn keine Weiterbehandlung möglich sein sollte.

Ich bin damit vollumfänglich einverstanden

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Information und Aufklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

in meiner Praxis ist mir der Gedanke einer komplementären Beratung und   
Begleitung wichtig. Komplementär meint ergänzend nicht ersetzend!

Aus diesem Grund bitte ich Sie stets, alle Vorschläge und mögliche Therapieansätze mit Ihren behandelnden Ärzten zu besprechen.

Erst nach gründlichem Abwägen aller möglichen Interaktionen und Ihrer persönlichen Situation, Ihren individuellen Befunden und Bedürfnissen, kann Ihr behandelnder Arzt entscheiden, welche komplementären Strategien für Sie sinnvoll sind.

Einige Therapien sind (und aus gutem Grund) in Deutschland unter Arztvorbehalt.   
Das bedeutet: ich werde manche möglicherweise sinnvollen Therapien nicht in der Naturheilpraxis durchführen.

Auch einige Diagnostiken sind unter Arztbehalt. Das bedeutet, dass ich Sie gerne aufkläre, welche Möglichkeiten es geben kann, diese jedoch nicht in meiner Praxis durchführen kann.

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

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

**Hiermit bestätige ich, dass mich Frau Kniese über die dringende Notwendigkeit  
 einer weiteren oder zusätzlichen ärztlichen Diagnostik und Behandlung  
 umfänglich aufgeklärt hat und mir nahegelegt hat in keinem Fall bisherige   
 Therapien ohne Rücksprache mit dem jeweils behandelnden Arzt abzusetzen.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Behandlungsvertrag

zwischen

Heilpraktikerin Daniela Kniese (nachfolgend Heilpraktikerin genannt)

&

|  |
| --- |
| Name, Vorname |
| Straße |
| PLZ, Ort |
| Geburtsdatum |
| Versicherung |
| E-Mail und Telefon |

(nachfolgend Patient genannt)

§1Vertragsgegenstand  
Vertragsgegenstand ist eine naturheilkundliche Behandlung des Patienten.   
Die Behandlung umfasst auch wissenschaftlich und/oder schulmedizinisch  
nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren.

§2 Behandlung  
Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung   
gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

§3 Behandlungshinweis (siehe auch Bogen „Information und Aufklärung“)  
Der Patient wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung der Heilpraktikerin eine ärztlich Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird eine Weiterleitung zum Arzt empfohlen. Dies gilt auch dann, wenn aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung in der Praxis nicht möglich sein sollte.

§4 Schweigeplicht  
Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, über alles Wissen, das sie in der Berufsausübung über die Patienten erhält, Stillschweigen zu bewahren. Sie offenbart das Berufsgeheimnis nur dann, wenn der Patient sie von der Schweigepflicht entbindet.  
Ausnahme: Die Heilpraktikerin ist von der Schweigepflicht befreit, wenn sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe von Daten verpflichtet ist. (Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen oder auf behördliche Anordnung.

§5 Sorgfaltsplicht  
Die Heilpraktikerin arbeitet mit der größtmöglichen Sorgfalt. Der Patient hat eine Mitwirkungspflicht und garantiert, dass alle in der Behandlung gemachten Angaben in Bezug auf: Beschwerden, Symptome und bisheriger Therapie wahrheitsgemäß sind.

§6 Aufklärungspflicht/Aufklärungsumfang  
Die Heilpraktikerin ist verpflichtet, dem Patienten die Möglichkeit und Risiken der Behandlung zu erläutern, insbesondere auch die Notwendigkeit zusätzlich ärztlichen Rat einzuholen! Mit der Unterschrift des Vertrags Bestätigt der Patient, dass nachfolgende Punkte umfassend besprochen wurden.  
 1. Diagnose und Art der Erkrankung  
 2. Mögliche Behandlungsmethoden   
 3. Voraussichtliche Dauer der Behandlung soweit absehbar  
 4. Mögliche Behandlungsalternativen, Kosten, Belastungen, Risiken und  
 Erfolgschancen der Therapie

§7 Erstattung der Behandlungskosten durch die Versicherungen  
Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Behandlungskosten für Heilpraktiker in der Regel nicht.  
Privatkassen und Zusatzversicherungen erstatten Behandlungskosten nur im Rahmen des individuellen Versicherungsvertrages und ggf. nicht alle Leistungen in voller Höhe.  
Der Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Erstattungsleistung in voller Höhe.

§8 Honorarvereinbarung / Behandlungskosten  
Siehe auch extra „Honorarvereinbarung“!  
Es werden ausdrücklich auch Sätze oberhalb des Gebührenverzeichnisses  
für Heilpraktiker abgerechnet!

§9 Entschädigung bei Nicht- bzw. kurzfristiger Terminabsage  
Siehe auch extra „Honorarvereinbarung“!  
Falls vereinbarte Therapietermine nicht wahrgenommen werden können, sind  
Termine spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ich bitte Sie um Ihr Verständnis, dass ich bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage, ein Ausfallhonorar abhängig vom vereinbarten Termin berechne! Sie erklären sich ausdrücklich einverstanden damit!

§10 Persönliche Patientendaten und medizinische Befunde  
Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinischen Befunde des Patienten einer Patientenkartei erhoben und gespeichert werden.  
Siehe bitte „DSGVO Bogen“

Einwilligungserklärung:

Ich wurde über alle genannten Punkte (Aufklärungspflicht) umfassend mündlich informiert.  
Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Unterschrift Patient