

## Anmeldung



Name:.....Vorname:.....Geb.-Datum:.....

Straße:.....PLZ/Wohnort:.....

e-mail:.....Beruf:.....

Telefon (privat):.....geschäftl.:.....mobil:.....

Hausarzt:.....

Versichertenstatus: (zutreffendes bitte unterstreichen)

gesetzlich      Zusatzversicherung      Privat versichert      Beihilfe

Name der Versicherung (auch bei Selbstzahlern).....

Bei Minderjährigen - versichert über:.....Geb.- Datum.....

Ich bin damit einverstanden Behandlungsrechnungen umweltschonend per Email zu erhalten.

**Bitte beachten Sie, dass die Rechnungsstellung gemäß dieser Angaben erfolgt und wir Rechnungen nach deren Ausstellung nicht mehr umstellen können!**

---

## Patienteninformation

Lieber Patient,  
die Abrechnung der anfallenden Kosten wird gemäß Ihren obigen Angaben, im Rahmen der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH), der neuen Gebührenordnung für Beihilfestellen, oder gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Kassen (bei Osteopathie) gestellt. Hierbei fallen die jeweiligen Ziffern analog dem technischen und inhaltlichen Aufwand an. Eine volle Kostenübernahme durch Ihre Versicherung oder Beihilfe kann, trotz aller Sorgfalt, natürlich nicht garantiert werden.

**Sollten Sie verhindert sein, informieren Sie uns bitte spätestens 24h im Voraus. Spätere Absagen müssen wir leider in Rechnung stellen.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(ggf Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## Einwilligung - Datenschutz

Gemäß seit 24.05.2018 europaweit geltender Datenschutzverordnung, dürfen wir Ihre Daten nur dann verarbeiten, wenn Sie untenstehende Informationen zur Kenntnis genommen haben und mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis bestätigen.

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_ mich damit einverstanden, dass das Naturheilzentrum Hüttmann, vertreten durch den Zentrumsinhaber, Herrn Ralf Hüttmann,

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen sowie naturheilkundlichen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 b DSGVO) verarbeitet und speichert und
- diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen, die mit der Behandlung oder Abrechnung der osteopathischen und naturheilkundlichen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis geben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- diese Daten auch den in der Praxis freiberuflich tätigen Heilpraktikern, die mit der Behandlung oder Abrechnung der osteopathischen und naturheilkundlichen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis geben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die über mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde „Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

Eine Kopie dieses Hinweises habe ich erhalten.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(ggf Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## Rechnungen per Email / Newsletter

Melden Sie sich für unseren Newsletter an, verwenden wir die von Ihnen eingegebenen Daten ausschließlich für diesen Zweck oder um sie über die für diesen Dienst oder die Registrierung relevanten Umstände zu informieren. Diese Daten geben wir nicht an Dritte weiter.

Für den Empfang des Newsletters bedarf es einer validen (gültigen) E-Mail-Adresse, Ihres vollständigen Namens und Ihrer Unterschrift.

Diese Daten dienen uns als Nachweis bei Missbrauch, falls eine fremde E-Mail-Adresse für den Newsletter angemeldet wird.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten, Ihrer E-Mail-Adresse und deren Nutzung für den Newsletter-Versand zu widerrufen. Für den Widerruf stellen wir Ihnen in jedem Newsletter und auf der Webseite einen Link zur Verfügung.

Sie haben außerdem die Möglichkeit, uns Ihren Widerrufswunsch jederzeit per Email oder schriftlich zu widerrufen.

### Email

Wir sind stets bemüht, ressourcensparend und umweltschonend zu arbeiten. Aus diesem Grund haben Sie ab sofort die Möglichkeit, Ihre Behandlungsrechnungen aus unserem Hause per E-Mail und damit als digitale Rechnung zu erhalten.

Papierlos und durch den entfallenden Postversand auch CO2-sparend, bieten wir Ihnen eine Zustellung per E-Mail ohne weiteren Aufwand oder Kosten an.

Ein Rücktritt von dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich, teilen Sie uns dies bitte einfach formlos mit.

Ich möchte den quartalsweise erscheinenden Newsletter erhalten.

Ich möchte meine Rechnungen zukünftig per Email erhalten.

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

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_