

Honorar-, Datenschutz- und Stornierungsvereinbarung

v12.2026



ostemo

praxis für osteopathie
mario machado garcia

Praxis für Osteopathie Machado Garcia
Hardeckstr. 8
76185 Karlsruhe
www.ostemo.de
mail@ostemo.de
+49 159 067 867 38

Lieber Patient, liebe Patientin, bitte ausfüllen:

Patient*in, Herr/Frau:

Vorname & Nachname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

**Erziehungsberechtigte*r falls
Patient*in minderjährig:**

Vor- & Nachname

Adresse, falls abweichend

1. Vertragsinhalt und Dienstleistungsbeschreibung

Osteopathie ist eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie symptomfreien Störungen der Muskel-, Gelenk-, Nerven-, und Organfunktionen.

Die Osteopathie wird vor allem angewandt bei: Problemen und Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe, des Nervensystems und des Cranio-Sacralen Systems.

2. Stornierung von Terminen

Ein vereinbarter Termin kann Ihnen, den gesetzlichen Bestimmungen zur Folge, **sofern nicht 24 Stunden vor Beginn des Termins abgesagt, gleich aus welchen Gründen, in voller Höhe in Rechnung gestellt werden**, da solch ein Termin so kurzfristig in der Regel nicht neu belegt werden kann.

3. Honorar/Bezahlung

Jede **80-90-Minuten** Behandlung kostet 175,00 EUR.

Jede **45-60 Minuten** Behandlung kostet 120,00 EUR.

Jede **20-30-Minuten** Behandlung kostet 65,00 EUR.

Mit der Wahrnehmung eines Termins verpflichten Sie sich, das dafür vereinbarte Honorar unmittelbar nach der Behandlung via Kartenzahlung zu bezahlen. Die Höhe des Honorars resultiert gemäß §611 BGB aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

Sollten Sie Anspruch auf Erstattung oder Teil-Erstattung des Honorars bei Ihrer Versicherung oder Krankenkasse haben, so müssen Sie sich vorab bei dieser über den Ablauf der Erstattung erkundigen. Es gibt über 300 Versicherungen mit wechselnden Bedingungen, sodass ich nicht über alle Erstattungsmöglichkeiten jeder einzelnen Krankenversicherung informiert sein kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw.
Erziehungsberechtigte*r

Datenschutzvereinbarung:

1. Datenschutz, Akteneinsichtsrechte und Verschwiegenheit des Behandlers

Die Praxis behandelt Patientendaten vertraulich und erteilt bezüglich Diagnose, Inhalt von Beratungsgesprächen, Therapie und weiteren Begleitumständen sowie den persönlichen Verhältnissen des Patienten keine Auskünfte, es sei denn, der Patient stimmt ausdrücklich schriftlich oder in Textform zu. Dies gilt nicht, wenn die Praxis aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist, z. B. eine Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz besteht oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung hin auskunftspflichtig ist. Die Verschwiegenheit der Praxis gilt auch gegenüber Ehegatten, Verwandten und Familienangehörigen, es sei denn, der Patient bestimmt etwas anderes. Die Verschwiegenheit gilt nicht gegenüber Betreuern im Sinne des BGB und auch nicht gegenüber Personensorgeberechtigten für Minderjährige.

Die Praxis speichert personenbezogene Patientendaten ausschließlich, soweit dies für Diagnoseberatung und Therapie sowie für die Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Es gelten hier die Vorschriften der europäischen Datenschutzverordnung. Die Praxis erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet personenbezogene Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Im Gesundheitsbereich gemäß § 630 g BGB (Dokumentationspflicht) 30 Jahre nach der letzten Behandlung und gemäß der Buchhaltungsvorschriften 10 Jahre nach der letzten Rechnungsstellung.

Gesundheitsbezogene Patientendaten werden erhoben, gespeichert und verarbeitet, soweit es ausschließlich für Diagnose, Beratung und Therapie erforderlich ist. Es gelten die Vorschriften der europäischen Datenschutzverordnung.

2. Im Detail:

seit dem 25.05.2018 gilt die neue Datenschutzverordnung. Ich bin dazu verpflichtet, Sie über die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten zu informieren.

Informationen bezüglich Ihrer Rechte für die Verwendung Ihrer Daten und den gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung Ihrer Daten sind diesem Schreiben angehängt.

Die Datenverarbeitung geschieht zu folgenden Zwecken:

Um mit Ihnen einen Vertrag vorzubereiten, zu schließen und abzuwickeln erhebe ich folgende Daten:

(Grundlage Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO bzw. bei gesundheitsbezogenen Daten Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO nach erfolgter Einwilligung)

- Persönliche Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktmöglichkeiten),
- Vertragsdaten (Vertragsinhalt, vertragliche Vereinbarungen) sowie
- Zahlungsinformationen, dazu gegebenenfalls gesundheitsbezogene Daten.

Die persönlichen, vertraglichen und gesundheitlichen Daten sowie die Zahlungsinformationen können auch **an Dritte im Sinne einer Abrechnungsstelle übermittelt werden.** Diese Einwilligung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

(Grundlage: Ihre Einwilligung gem. Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO)

Wenn Sie mit mir Kontakt aufnehmen, verarbeite ich folgende Daten:

(Grundlage Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO)

- persönliche Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktmöglichkeiten), Inhalt Ihrer Mitteilung sowie Daten zum Übermittlungsweg.

Zum Zweck der Verwaltung meines Unternehmens, Führung einer ordnungsgemäßen Buchhaltung und Erfüllen gesetzlicher Pflichten (z.B. Steuerunterlagen, Aufbewahrungspflichten) verarbeite ich folgende Daten, welche ggf. auch an Dritte (Steuerberater, Finanzbehörden) übermittelt werden:

(Grundlage Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO bzw. Art. 6 Abs. 1 f) i.V.m. Art. 28 DSGVO)

- persönliche Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktmöglichkeiten),
- Vertragsdaten (Vertragsinhalt, vertragliche Vereinbarungen)
- Zahlungsinformationen.

Sie haben das Recht auf Auskunft, das Recht auf Berichtigung und das Recht auf Einschränkung Ihrer Daten.

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne die Bereitstellung Ihrer Daten kann kein Behandlungsvertrag und auch keine Behandlung zustande kommen.

Sie können der Erlaubnis für die Aufbewahrung Ihrer Daten jederzeit widersprechen. Unter Einhaltung der Aufbewahrungsfristen werden sie dann unwiderruflich gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw.
Erziehungsberechtigte*r