



## **Patienteninformation gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führen wir insofern wie folgt aus:

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:  
Heilpraktikerin Sandra Simbeck, Illerstraße 17, 86165 Augsburg  
[info@naturheilpraxis-simbeck.de](mailto:info@naturheilpraxis-simbeck.de), Telefon 0821 – 272 36 73  
Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden
2. Ihr personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen. Eine Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.
3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.
4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bspw. müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RÖV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden).



5. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind
- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
  - Art. 6 ABS. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h), i.V.m. Abs. 3 DS-GVO,
  - § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
  - die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

6. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

So können Sie Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung /Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.

Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.

Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Sandra Simbeck

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



Behandlungsvertrag und Einverständniserklärung  
zwischen  
Frau Heilpraktikerin Sandra Simbeck  
und

Patient(in): \_\_\_\_\_  
Bei Kindern der gesetzliche Vertreter: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Privat  Beihilfe  Zusatzversicherung  Selbstzahler

1. Vertragsgegenstand:

Der Patient beauftragt den Heilpraktiker mit der Durchführung einer naturheilkundlichen / alternativmedizinischen Behandlung.

2. Honorar:

Das Honorar wird nach GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) berechnet und orientiert sich am benötigten Zeitaufwand der Behandlung / Beratung.

Vereinbart wird folgende Vergütung:

Erstanamnese: Erwachsene: € 145,00  
Kinder bis inkl. 12 Jahre: € 120,00

Jeder weitere Folgetermin: Das Honorar basiert auf einem Stundensatz von ca. € 85,00 und orientiert sich an den GebüH.

Hinzukommen gegebenenfalls noch Kosten externer Labors, die jedoch direkt von diesen abgerechnet werden und/oder Material- und Medikamentenkosten aus dem Praxisbedarf.

3. Hinweise:

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Behandlung durch den Heilpraktiker nicht. Privat Krankenversicherte, privat Zusatzversicherte sowie beihilfeberechtigte Personen können die anfallenden Kosten bei Ihrer Versicherung geltend machen und



erhalten je nach dem individuell vereinbarten Tarif Erstattungsleistungen. Es ist jedoch der volle Rechnungsbetrag fällig, unabhängig von der Erstattungsleistung des Versicherers/der Beihilfestelle. Bitte beachten Sie auch, dass Kosten für Nahrungsergänzungsmittel und nicht rezeptpflichtige Medikamente von Ihrer privaten Krankenversicherung/Zusatzversicherung/Beihilfestelle nicht immer erstattet werden. Die Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten selbst zu tragen.

Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.

Dem Patienten ist bekannt, dass die Behandlungsmethode komplementärmedizinisch ist und wissenschaftlich /schulmedizinisch nicht anerkannt ist. Der Heilpraktiker rät dem Patienten von einer schulmedizinischen Behandlung ausdrücklich nicht ab.

Die behandlungsrelevanten, persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten werden in einer Patientenkartei erhoben und gespeichert.

#### 4. Sonstiges:

- Ich bestätige, dass ich die Patienteninformation und die Einwilligung gemäß der DS-GVO erhalten und unterschrieben habe.
- Ich wurde darüber informiert, dass vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn abgesagt werden müssen. Montagstermine oder Termine nach einem Feiertag spätestens an dem Werktag davor bis 12 Uhr. Nicht oder zu spät abgesagte Termine werden mit dem vollen Stundensatz in Rechnung gestellt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mir Laborbefunde und Therapiepläne per E-Mail von Frau Sandra Simbeck geschickt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass Frau Sandra Simbeck mir Terminerinnerungen per SMS über den Jameda-Onlinekalender schickt.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



**Einwilligung in die Nutzung medizinischer  
Patientendaten  
(Stand Mai 2018)**

Ich,

---

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

willige ein, dass Heilpraktikerin Sandra Simbeck, Illerstraße 17, 86165 Augsburg, meine medizinischen Daten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen usw. darf. Hierzu gehören insbesondere folgende Daten: Diagnose, Anamnese, Vorerkrankungen, durchgeführte Behandlungen, Behandlungsverlauf usw.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt und, außer in den gesetzlich geregelten Fällen, insbesondere einer ausdrücklichen Einwilligung meinerseits, nicht an Dritte weitergegeben.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Der Widerruf erfolgt mittels einer Erklärung gegenüber Heilpraktikerin Sandra Simbeck. Dieser kann persönlich, telefonisch, postalisch, per E-Mail oder Fax erfolgen.

Sandra Simbeck  
Illerstraße 17  
86165 Augsburg  
Tel.: 0821 – 272 36 73  
info@naturheilpraxis-simbeck.de

Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den geltenden Tarifen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in