



JÜRGEN ASCHOFF
 Allgemeinmedizin + Naturheilverfahren
 42115 Wuppertal, Katernberger Str. 76
 Tel.: 0049(0)202 307134
 www. Aschoff-praxis. de
 juergen@aschoff-praxis.de

Persönliche Patientendaten bitte in **Blockschrift** oder **gut lesbar** !

Name:	versichert über: = <u>Rechnungsadresse</u> (bei Kindern, Ehepartnern)
Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Vorname:
Straße:	Straße:
Wohnort:	Wohnort:
Postleitzahl:	Postleitzahl:
Telefon:	Telefon:
Handy-Nr: Fax-Nr.:	Beruf:
Erkrankungen:	Name Krankenkasse:

Behandlungsvertrag

Ein Großteil der in meiner Praxis durchgeführten Diagnose und Therapieverfahren gehen neue Wege bzw. sind noch nicht von der Schulmedizin allgemein anerkannt und werden auch von einigen – auch privaten Krankenversicherungen – nicht erstattet und von gesetzlichen Krankenkassen (GKV) grundsätzlich nicht erstattet.

Die etablierten Untersuchungen der Schulmedizin wie z. B. Krebsvorsorge-Untersuchungen können nicht durch meine durchgeführten Verfahren ersetzt werden. Insbesondere bei länger bestehenden Symptomen (länger als 2 Monate) ist deshalb immer auch eine fachärztliche Untersuchung notwendig!

In meiner Praxis werden üblicherweise die Steigerungssätze von **2,3** für die persönlichen Ärztlichen Leistungen, sowie **1,8** für delegierte bzw. rein technische Leistungen und **1,15** für Laborleistungen nach GOÄ (amtliche Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet.

Eine Ausnahme bildet die persönlich ärztliche Leistung: Erhebung einer homöopathischen Anamnese oder Elektromagnetischer Bluttest nach Aschoff. Für diese Leistung berechne ich **je nach** Stundenaufwand auch außerhalb des üblichen Gebührenrahmens mit Begründung den **3,5 bis 5,5 fachen Satz** des normalen Gebührenrahmens, da der Zeitaufwand dieser Leistung deutlich über den normal gesetzten Rahmen von einer bzw. einer halben Stunde hinausgeht. Das ergibt ca. einen **Stundenpreis meiner persönlich ärztlichen Leistung von ca. 80,--bis 150,--Euro.**

Die Gesamtkosten dürften sich bei Ihnen durch meine Behandlung ca. auf.....Euro belaufen. Werden alle Leistungen in Anspruch genommen, ergeben sich Kosten von circa 900 Euro. Bei sich ergebender Notwendigkeit zusätzlicher notwendiger Leistungen wie Fremdlabor, Chiropraktik, Akupunktur oder ähnlichem erhöht sich der Kostenrahmen entsprechend. Gern klären wir auf Wunsch über die zusätzlichen Kosten auf. Sollten Termine mit einer Behandlungsdauer ab 30 Min. nicht 24 Std. vorher abgesagt werden berechnen wir die Verweilgebühr GOÄ 56. Die Summe richtet sich nach der eingeplanten Behandlungszeit pro 30 Min. (Faktor 2,3) 24,13 Euro.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, den Inhalt dieser Vereinbarung gelesen und verstanden zu haben. Die Behandlung wünsche ich, auch wenn die Methoden zum Teil nicht schulmedizinisch anerkannt sind und eventuell nicht voll erstattet werden.

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter



JÜRGEN ASCHOFF
Allgemeinmedizin + Naturheilverfahren
42115 Wuppertal, Katernberger Str. 76
Tel.: 0049(0)202 307134
www. Aschoff-praxis. de
juergen@aschoff-praxis.de

Datenschutzerklärung gemäß EU-DSGVO

Sehr geehrter Patient, wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMAESS EU DS-GVO

Liebe Patientin, lieber Patient, wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Damit wir bei Ihnen die notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen persönliche und gesundheitsbezogene sensible Patientendaten. Diese Daten werden von uns elektronisch erhoben aber auch auf Karteikarte eingetragen, gespeichert, verarbeitet und genutzt. Wir möchten Sie darüber unterrichten, dass dies nach der neuen europäischen DS-GVO nur durch eine schriftliche Einwilligung möglich ist. Die Erhebung von Daten, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung ist zur Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Behandlung erforderlich. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten schon bisher der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Übrigen selbstverständlich auch für das gesamte Praxispersonal, als auch hospitierende Kollegen(innen). Unabhängig davon bedarf es jedoch Ihrer Genehmigung durch Unterschrift für: Korrespondenz und Einsichtnahme (z.B. Arztbrief per Post, gesicherte Internetwege wie KV-safenet und Fax, sowie Botenabholung von Laborproben), Kontakt mit anderen Ärzten(innen) externen Laboratorien, Abrechnungszentren, Röntgeninstituten, Kliniken, Behörden (z. B. Schwerbehinderten-Angelegenheiten von Versorgungsämtern), Kollegen(innen), die ganz oder Teilweise mit in die Praxis einsteigen, oder diese übernehmen, sowie der Übermittlung von Kontoauszügen an den Steuerberater). Von den ständigen Vertragspartnern haben wir unterschriebene Vordrucke erhalten, dass sie sich ebenfalls an die neue EU-DS-GVO halten. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie nur (weiter) behandeln können, wenn Sie dieser Einwilligung zustimmen (Notfälle selbstverständlich ausgenommen). Wir sammeln Daten in unserem Praxis PC, der durch speziellen Firewall und Antivirusprogramm geschützt wird, sowie in Karteikarten. Die Daten müssen wir aus rechtlichen Gründen 10 Jahre aufheben. Nach Ablauf dieser Zeit können Sie darauf bestehen, die Daten zu löschen. Andere, für die Behandlung notwendige Datenerfassung (EKG, Frequenzanalyse usw.) werden anonymisiert (ohne Nachnamen), nur mit Patientenkenziffer und z.B. Vornamen und ggf. Geburtsdatum oder ähnlichem, gespeichert. Die anonymisierte Aufzeichnung des individuellen Atemsounds sowie die Auswertung des HRV (Herzraten-Variabilitäts-Messgerätes) übermitteln wir an Sie online über Wetransfer. Wetransfer arbeitet ohne vorherige Datenerfassung ihrerseits, benötigt nur Ihre angegebene email Adresse. Sollten Sie dies nicht wünschen können wir den Atemsound und den Befund der HRV-Messung gern auf einen von Ihnen bereitgestellten USB Stick übertragen.

Für Anfragen per email, die ja nicht als absolut sicher gelten, willigen Sie hiermit ein, dass die Praxis auf Ihre email auch antworten darf, z. B., wenn Laborbefunde angefragt werden. Ihnen ist bewusst, dass dieser Datenübertragungsweg Sicherheitslücken enthalten kann, und Sie berechtigen die Praxis ausdrücklich hierzu, und stellen die Praxis in dieser Hinsicht ausdrücklich von einer rechtlichen Verfolgung frei. Ansonsten verzichten Sie bitte auf Anfragen per Mail.

Wir bitten Sie, die obige Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Wuppertal, den : _____ Unterschrift/ ggf. gesetzl. Vertreter _____

Name: _____ geb: _____

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.
Rechtlicher Hinweis: Wir sind von der Betriebsgröße (weniger als 10 Mitarbeiter) nicht zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten verpflichtet (Einschätzung der Ärztekammer Nordrhein juristische Abteilung) Trotzdem führen wir nach den Vorschriften die Datenbearbeitung durch und können Ihnen versichern, dass wir alles in unserer Macht stehende tun, um die Daten sicher aufzubewahren.