

**Praxis für ganzheitliche Körpertherapie,**  
**therapeutisches Yoga, Yoga**  
**Gundula Ludwig**



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Pflichten nachkommen können.

---

Name

Vorname

Geburtsdatum

**Behandlungsvertrag**

Hiermit gehe ich für die Dauer der Therapie einen bindenden Vertrag mit Gundula Ludwig, Praxis für ganzheitliche Körpertherapie, ein.

Mich, Gundula Ludwig, verpflichtet er zur Erbringung der erwünschten/ verordneten Leistung.

## **Zahlung:**

Ich als Patient erkenne mit meiner Unterschrift die Behandlungs- und Rechnungskonditionen gemäß Preisaushang an. Ich verpflichte mich, die entstehenden, im Voraus offengelegten Therapiekosten zu begleichen.

Stundensatz	100,00 Euro
Im Falle einer Verordnung: KG 30 min	50,00 Euro
MT 30 min	50,00 Euro

Es werden keine Beihilfesätze abgerechnet.

Ich bitte um Verordnungen mit den o.g. Heilmitteln.

Sprechen Sie mich gerne an.

Die unvollständige Übernahme der Kosten oder die Ablehnung der Kostenübernahme seitens der Krankenversicherung, Beihilfe oder Zusatzversicherung befreit mich nicht von der vollständigen und fristgerechten Zahlung der Behandlungskosten an Frau Gundula Ludwig.

Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen bis spätestens 24 Stunden vor der Anfangszeit des Termins telefonisch abgesagt werden müssen. Im Falle von Sonn- und Feiertagen gilt die freigerechte Absage auf dem Anrufer. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir in Höhe des ausgefallenen Honorars in Rechnung gestellt. Die Krankenversicherung zahlt diese Kosten nicht.

**Aufklärung:** Frau Gundula Ludwig hat mich über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken, sowie Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Ich willige in die Durchführung der Behandlungsmaßnahmen ein.

---

Ort, Datum, Unterschrift

**Haftung:**

Die Haftung wird für Sach- und Vermögensschaden für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung von Vorsatz.

---

Unterschrift des Patienten

## **Datenweitergabe:**

Nach dem Datenschutzgesetz bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke ich Ihre Daten verwende.

Ich erhebe und verarbeite Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen.

Ich behandle alle Patientendaten vertraulich. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet ausschließlich bei Notwendigkeit an Ihren behandelnden Arzt statt. Eine Weitergabe an andere Personen als die vorgenannten findet nur insoweit statt, als dass ich hierzu gesetzlich verpflichtet bin oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzte und Krankenversicherungen bin ich gesetzlich verpflichtet.

Im Verlauf der Behandlung stehe ich in regelmässigem Kontakt mit meinen Patienten, um Bilder oder kurze Übungssequenzen als Übungsanleitung zu übermitteln sowie zwecks Austausch im Therapieprozess. Dies geschieht je nach Wunsch per Whatsapp, telegram, Signal, mail, jedoch auch per Telefon.

Nach Übermittlung der Fotos oder Übungssequenzen lösche ich diese sowohl aus der cloud als auch von meinem Gerät.

Ich stimme zu, dass persönliche Daten aus dem Therapieprozess übermittelt werden oder finde mit Frau Gundula Ludwig eine andere Lösung.

Ort, Datum, Unterschrift