

Behandlungsvertrag für Online-Beratung (Norbert Sauren DO.CN®, Heilpraktiker)

inkl. DSGVO-Einverständnis und Anamnesebogen

Zwischen



**Norbert Sauren DO.CN®,
Heilpraktiker**
Alte Mainzer Straße 25
55129 Mainz
Telefon: 06131 – 950 7567
E-Mail: info@sanadios.de
Website: www.sanadios.de

und der/dem Klient*in:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Die Klientin/der Klient nimmt **Online-Beratung** bei Norbert Sauren in Anspruch.
Die Beratung dient der **gesundheitlichen Unterstützung, Diagnostik und Beratung** durch den Heilpraktiker.

Wichtiger Hinweis: Die Online-Beratung ist **nicht gleichzusetzen mit einer körperlichen Behandlung in der Praxis.**

§ 2 Ort und Form der Beratung

- Die Beratung erfolgt ausschließlich **online (Videosprechstunde)**.
- Für die Online-Sitzung wird ein datenschutzkonformer Videodienst eingesetzt.
- Die Klientin/der Klient stellt sicher, dass:
 - ein **geschützter, ruhiger Raum** ohne Störungen verfügbar ist
 - ein **funktionierendes Gerät** (PC, Laptop oder Tablet) mit Kamera und Mikrofon bereitsteht
 - eine **stabile Internetverbindung** vorhanden ist

§ 3 Honorar und Zahlungsmodalitäten

- Das Honorar beträgt **120,- € / 60 Minuten**.
- Pro Patient wird nur **eine Stunde pro Termin** zur besseren Planung reserviert.
- **Zahlung sofort per Überweisung** nach der Sitzung.
- Zusatz: Alle Vereinbarungen gelten für Selbstzahlerleistungen; eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen erfolgt nicht.

§ 4 Terminabsage

- Vereinbarte Termine sind verbindlich.
- Absagen sind bis 24 Stunden vor dem Termin kostenfrei möglich.
- Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen wird eine **Ausfallpauschale von 50,- €** berechnet.

§ 5 Schweigepflicht

Der Therapeut unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB).

Alle Inhalte der Gespräche sowie persönliche Daten unterliegen dem Schutz der Vertraulichkeit.

Eine Weitergabe von Informationen an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher, schriftlicher Einwilligung der Klientin / des Klienten oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen.

§ 6 Datenschutz (DSGVO)

- Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).
- Die Klientin/der Klient erhält eine separate Datenschutzerklärung, die Bestandteil dieses Vertrages ist.
- Die Nutzung des Videokonferenztools erfolgt auf Basis eines Auftragsverarbeitungsvertrags mit dem Anbieter.
- Die Übertragung ist **Ende-zu-Ende verschlüsselt**; Sitzungen werden **nicht aufgezeichnet**.

Hinweis: Das Datenschutzblatt ist **vor der Online-Beratung auszufüllen und zurückzusenden (per E-Mail oder Post)**.

§ 7 Einverständnis zur Online-Beratung

Die Klientin / der Klient erklärt sich ausdrücklich mit der Durchführung der Online-Beratung einverstanden und wurde über die technischen Voraussetzungen, Grenzen und Risiken aufgeklärt:

- Online-Beratung unterliegt denselben Standards der Schweigepflicht wie persönliche Sitzungen.
- Für die technische Sicherheit auf Klientenseite ist selbst zu sorgen.
- Die Beratung ersetzt **keine körperliche Behandlung in der Praxis**.

Einwilligung DSGVO

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Kontaktdaten, Beratungsnotizen etc.) im Rahmen der Beratung elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich zur Durchführung der Beratung genutzt und **nicht an Dritte weitergegeben**.

„Mir ist bewusst, dass trotz technischer Absicherung ein Restrisiko bei der Übertragung über das Internet besteht.“

„Ich akzeptiere diese Form der Sitzung ausdrücklich als Online-Beratung und nicht als gleichwertige körperliche Behandlung.“

Einverständnis:

- ☐ Ja
☐ Nein
-

§ 8 Haftungsausschluss

- Der Therapeut übernimmt keine Haftung für technische Probleme (z. B. Internetausfälle).
 - Die Klientin/der Klient trägt die Verantwortung für ihre/seine Teilnahmefähigkeit und psychische Stabilität während der Online-Sitzung.
 - Eigenverantwortliche Entscheidungen der Klientin/des Klienten erfolgen auf eigenes Risiko.
 - Es wird kein Heilversprechen gegeben.
-

§ 9 Vertragsdauer und Kündigung

- Der Vertrag tritt mit Unterzeichnung durch beide Parteien in Kraft und gilt für die Dauer der Online-Beratung.
- Er kann jederzeit von beiden Seiten ohne Angabe von Gründen beendet werden.

Unterschrift der Klientin / des Klienten:

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Therapeuten:

Norbert Sauren DO.CN®

Ort, Datum: _____

Anamnesebogen / Patientenangaben

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus. Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

Persönliche Angaben:

- Anrede *: _____
- Titel: _____
- Vorname *: _____
- Nachname *: _____
- Geburtsdatum *: _____
- Telefon *: _____
- E-Mail *: _____
- Straße & Hausnummer *: _____
- PLZ *: _____
- Ort *: _____
- Familienstand: _____
- Kinder (Anzahl): _____
- Kinder (Alter): _____

Versicherung:

- Krankenkasse: _____

Wie haben Sie von uns erfahren?

☐ Google ☐ Praxisschild ☐ Presse ☐ Social Media ☐ Vortrag ☐ Arzt/Ärztin ☐ Apotheke ☐

Patienten/Patientin ☐ Sonstiges: _____

Grund der Konsultation

- Warum kommen Sie zu uns?

- Haben Sie Schmerzen? ☐ Ja ☐ Nein
- Schmerzniveau in schlechten Momenten (0–10): _____

- Schmerzniveau in guten Momenten (0–10): _____
 - Seit wann bestehen die Beschwerden? _____
 - Gab es ähnliche Beschwerden früher? ☐ Ja ☐ Nein
 - Auslöser bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
 - Sturz/Unfall in letzter Zeit? ☐ Ja ☐ Nein
 - Faktoren, die Beschwerden lindern/verschlimmern:
-

-
- Krankgeschrieben wegen Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
 - Tageszeit der stärksten Beschwerden: ☐ Morgens ☐ Mittags ☐ Abends ☐ Nachts ☐ Unabhängig
 - Verlauf der Beschwerden: ☐ verbessert ☐ verschlechtert ☐ unverändert
 - Weitere Symptome: ☐ Fieber ☐ Ungeplanter Gewichtsverlust ☐ Nächtliches Schwitzen ☐ Inkontinenz ☐ Taubheit Genitalbereich
-

Vorherige medizinische Maßnahmen

- Arztbesuche: ☐ Hausarzt ☐ Notaufnahme ☐ Orthopäde ☐ Neurologe ☐ Osteopath ☐ Chiropraktor ☐ Heilpraktiker ☐ Sonstige: _____
 - Untersuchungen: ☐ Röntgen ☐ MRT ☐ CT ☐ Blutbild ☐ Ultraschall ☐ Sonstige: _____
 - Behandlungen/Therapien: ☐ Physiotherapie ☐ Schmerzmedikation ☐ Massage ☐ Akupunktur ☐ Stoßwelle ☐ Osteopathie ☐ Chiropraktik ☐ Spritzen ☐ Operation ☐ Sonstige: _____
-

Gesundheitsanamnese

- Frühere Operationen? ☐ Ja ☐ Nein
 - Autounfall? ☐ Ja ☐ Nein
 - Andere Unfälle? ☐ Ja ☐ Nein
 - Diagnosen am Bewegungsapparat: ☐ Bänderrisse ☐ Knochenbrüche ☐ Bandscheibenvorfall ☐ Arthrose ☐ Osteoporose ☐ Andere: _____
 - Andere Erkrankungen: ☐ Krebs ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Schlaganfall ☐ Herz-Kreislauf ☐ Lunge ☐ Verdauung ☐ Diabetes ☐ Stoffwechsel ☐ Bindegewebe ☐ Rheuma ☐ Sonstige: _____
 - Medikamente (Liste, Einnahme): _____
-
-

Symptome

- Doppelbilder ☐
 - Verschwommenes Sehen ☐
 - Schwindel ☐
 - Gangunsicherheit ☐
 - Kopf-/Nackenschmerzen ☐
 - Kribbeln/Taubheit Arme/Beine ☐
 - Weitere: _____
-

Lebensstil

- Berufliche Tätigkeit: _____
 - Arbeitsweise: ☐ Sitzend ☐ Stehend ☐ Körperlich anstrengend ☐ Abwechslungsreich
 - Rauchen? ☐ Ja ☐ Nein
 - Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein
 - Sport? ☐ Ja ☐ Nein
 - Sportart/Anzahl Tage pro Woche: _____
 - Hobbies: _____
-

Abschluss

- Weitere Mitteilungen: _____
 - Zustimmung für Kontaktaufnahme durch Praxis: ☐ Ja ☐ Nein
 - Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert: ☐ Ja
-