

Sehr geehrter neuer Patient,  
Sehr geehrte neue Patientin,

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir freuen uns darauf, Ihr Partner zur Analyse und Verbesserung Ihrer Gesundheit zu werden.

Bei Ihrem ersten Besuch wird Frau Dr. Kunert eine vollständige Anamnese zu Ihrer persönlichen Krankheits- und Gesundheitsgeschichte einholen. Der Schlüssel zur funktionellen Medizin liegt in der Behandlung jedes Menschen als Individuum und die akribische Herausarbeitung der Ursachen für seine eigenen gesundheitlichen Beschwerden. Im Allgemeinen bringt dies mit sich, dass Frau Dr. Kunert sich mit Ihnen im Detail zu den Themen aktueller Gesundheitszustand, persönliche Krankheits- und Gesundheitsgeschichte, Ernährung, Lebensgewohnheiten etc. unterhält. An diesem Punkt wird sie mit Ihnen mögliche Herangehensweisen besprechen und Laboruntersuchungen empfehlen. Eine vollständige Erstanamnese dauert ca. 90 min und ist in erster Linie dazu da, Informationen über Ihren Organismus zu sammeln und mit der Ärztin zu teilen. Dr. Kunert wird dann die erforderlichen Untersuchungen mit Ihnen abstimmen. Nachdem die Laborergebnisse und eventuell notwendige weitere Untersuchungsergebnisse anderer Fachrichtungen eingetroffen sind, findet die Befundbesprechung statt.

Ihr zweiter Besuch – die Befundbesprechung – wird in der Regel für zwei oder drei Wochen nach Ihrem ersten angesetzt und dauert, ca. 60 min. Hierbei werden die Befunde und die Schlussfolgerungen in Tiefe besprochen. Das beinhaltet die Ursachen Ihrer Beschwerden und Empfehlungen, welche Nahrungsergänzung (Vitamine, Mineralien, Kräuter), welche Ernährung und welche Lebensstilveränderungen notwendig sind, um diese erfolgreich zu behandeln. Folgetermine werden normalerweise im Abstand von vier bis acht Wochen zu diesem Termin vereinbart, um den Fortschritt zu kontrollieren und die Therapie ggf. anzupassen.

Wie oft Termine notwendig sind, hängt stark von ihrer individuellen Disposition ab. Patienten, die sich in einer hormonellen Therapie befinden, müssen in der Regel engmaschiger kontrolliert werden.

Falls Sie noch weiteren Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren. Wir freuen uns, Ihnen weiterhelfen zu können. Bitte bringen Sie alle Formulare ausgefüllt zu Ihrem ersten Besuch mit. Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen.

Herzlich

Ihre Dr. med. Sorina Kunert MSc.

## Mit welchen Kosten müssen Sie rechnen?

Die Kosten der Behandlung teilen sich auf in Kosten für die persönliche Beratung und die Laboruntersuchungen:

Die Kosten der persönlichen Beratung entnehmen Sie bitte der Honorarvereinbarung.

Diese werden gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach der Dauer und dem Aufwand der Beratung abgerechnet.

Sie erhalten die Rechnung für die Konsultation per Post von der privatärztlichen Verrechnungsstelle BFS. ([www.meinebfs.de](http://www.meinebfs.de))

Die Laboruntersuchungen werden individuell festgelegt und erfolgen nach Absprache mit Ihnen.

Die Laboratorien, mit denen wir zusammenarbeiten, schicken Ihnen die Rechnung per Post zu.

## Krankenversicherung und Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Beratungsleistung und Laborleistungen der präventivmedizinischen Therapie nicht.

Die Rechnungen sind dann Selbstzahlerleistungen, wenn Sie gesetzlich versichert sind.

Private Krankenkassen übernehmen teilweise die Laborkosten und Beratung. Jedoch hängt dies sehr stark mit Ihrem individuellen Tarif der Versicherung zusammen.

Bitte erkundigen Sie sich im Vorfeld bei Ihrer Versicherung, da die Kosten eventuell nicht übernommen werden.

Bitte beachten Sie, dass wir keine Korrespondenz mit Krankenversicherungen führen und keine Begründung für Kostenübernahme schreiben.

Bei Fragen zu Ihrer Rechnung werden Sie kompetent von Ihrer BFS beraten.

## Anmeldung für Privatpatienten

### Patient

---

Name Vorname geb. am

### Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

---

Name Vorname geb. am

---

Beruf (Mobil-)Telefon

---

Straße E-Mail

---

PLZ Ort

---

Arbeitgeber Krankenversicherung

---

überweisender Arzt

## Anmeldung für Privatpatienten

### Patient

---

Name Vorname geb. am

### Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

---

Name Vorname geb. am

---

Beruf (Mobil-)Telefon

---

Straße E-Mail

---

PLZ Ort

---

Arbeitgeber Krankenversicherung

---

überweisender Arzt

## Honorarvertrag

zwischen

Präventivmedizin Dr. Sorina Kunert MSc.  
Privatpraxis für Präventive und Funktionelle Medizin  
Charlottenstraße 58  
14467 Potsdam

und

---

---

Ich habe die Patienteninformation und die Honorarvereinbarung gelesen, verstanden und möchte entsprechend optimal und ganzheitlich untersucht und behandelt werden.

Ich wurde informiert, dass in der präventivmedizinischen Sprechstunde das ganzheitliche ärztliche Beratungsgespräch und die individuelle Therapie im Vordergrund steht.

Ich bin mir darüber bewusst, dass die Erstattung der Kosten der präventivmedizinischen Sprechstunde und Therapie nicht durch die Krankenkassen gewährleistet ist. Die Ausstellung einer ärztlichen Begründung zur Vorlage bei Krankenkassen zur Kostenübernahme findet nicht statt.

Die individuellen medizinischen Einzelleistungen laut Honorarvereinbarung (Anlage 2) wurden mir in einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt erläutert. Die Durchführung orientiert sich an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und deren analogen Bewertungen laut § 6 der GOÄ.

Ich erkläre mich einverstanden, die gestellten Rechnungen in vollem Umfang zu begleichen. Das betrifft auch für die Kosten von Auftragsleistungen, die von anderen Leistungserbringern (z.B. Laboratorien) in Rechnung gestellt werden.

Anlagen sind Vertragsbestandteil.

---

Datum

---

Unterschrift Patient\*in

**HONORARVEREINBARUNG NACH GOÄ § 6 Absatz 2**  
**PREISÜBERSICHT**

zwischen Dr. Sorina Kunert MSc.

und: geboren am:  
wird folgende Gebührenvereinbarung abgeschlossen :

Ziffer	Leistung	Faktor	Betrag
30 A	Ganzzeitliches Beratungsgesp von 60 Minuten analog GOÄ 30, homeopatische Erstanamnese	5,7	299,02 €
31 A	Ganzzeitliches Beratungsgesp von 30 Minuten analog GOÄ 31 homeopatische Folgeanamnese	5,7	149,51 €
661A	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung .... analog GOÄ 661	4	123,56 €

Aktenstudium, Vorbereitung der Sprechstunde, Befundbericht

78 A	Therapieplan funktionelle Medi analog GOÄ 78 Behandlungsplan Nachsorge...	5	52,45 €
80 A	Aktenstudium analog GOÄ 80 schriftliche gutachterliche ...	4,5	78,70 €
85 A	wissenschaftliche Aufarbeitung analog GOÄ 85 schriftliche gutachterliche Äußerung...	4	116,56 €
85 A1	Report Prof. Bredesen analog GOÄ 85 schriftliche gutachterliche Äußerung ...	5	145,70 €

Eine Erstattung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht  
im vollem Umfang gewährleistet.

Datum :

**Patient**

## Ausfallhonorarvereinbarung

zwischen

Präventivmedizin Dr. Sorina Kunert MSc.  
Privatpraxis für Präventive und Funktionelle Medizin  
Charlottenstraße 58  
14467 Potsdam

und

---

Name, Vorname (Patient\*in)

---

Anschrift

Manchmal kommt es vor, dass ein Termin kurzfristig nicht wahrgenommen werden kann. In diesen Fällen kann ich meine Sprechstundentermine nicht neu vergeben. Da wir eine Terminpraxis sind, behalte ich mir vor, für Termine, die nicht 48 Stunden im Voraus abgesagt werden, ein Ausfallhonorar von 100 Prozent der vereinbarten Sprechstundenzeit in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Vereinbarung.

---

Datum

---

Unterschrift

Präventivmedizin Dr. Sorina Kunert MSc.  
Privatpraxis für präventive und funktionelle Medizin  
Charlottenstr. 58  
14467 Potsdam

## Recall-System

### Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung zum Recall-Service

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a),  
Art. 7 DSGVO

---

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis in regelmäßigen Abständen an Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen sowie an die sich daraus ergebene Mikronährstoffversorgung erinnert. Der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die oben genannte Praxis stimme ich zu.

Die Erinnerung soll auf folgendem Weg erfolgen:

E-Mail an diese Adresse: \_\_\_\_\_

SMS an diese Nummer: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann. (Art 7 Abs. 3 DSGVO)

---

Ort	Datum	Unterschrift Patient*in
-----	-------	-------------------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 2 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Nach der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Präventivmedizin Dr. Sorina Kunert MSc.  
Privatpraxis für Funktionelle und Präventive Medizin Charlottenstr. 58  
14467 Potsdam  
info@praeeventive-medizin-potsdam.de

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. nicht rechtmäßig erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Name, Vorname, Anschrift Patient\*\*

geboren am\*\*



\*\*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH  
Hülshof 24 · 44369 Dortmund  
Telefon 0231-94 53 62-600  
Fax 0231-94 53 62-688  
servicecenter@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

<https://meinebfs.de/datenschutz>

Überdies erklären wir Ihnen den hier dargestellten Ablauf noch einmal ausführlich unter <https://meinebfs.de/FAQ>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

## Einverständniserklärung\*

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen/  
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden

- mit der Weitergabe meiner Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunftei durch BFS. Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozesssteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zwecke der Sicherung offener Forderungen und zur Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderungsbegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- mit der befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

**Dr. Sorina Kunert MSc**  
Privatpraxis für präventive  
und funktionelle Medizin  
Endokrinologie · Klinische Umweltmedizin  
Charlottenstraße 58 · 14467 Potsdam  
Telefon 0175 5824159

### Abtretung der Forderung an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

### Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

### Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

### Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Datum und Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.