

Behandlungsvertrag zwischen

Name: Monika Wahle, Klinische Psychologin (M.Sc.),
Heilpraktikerin auf dem Gebiet Psychotherapie
(nachstehend Therapeut genannt)
Anschrift: Obertorstr. 2, 73728 Esslingen a. N.

und den sorgeberechtigten Personen

Name Sorgeberechtigter 1/ Mutter:

Name Sorgeberechtigter 2/ Vater

_____.

_____.

Adresse:

Adresse:

_____.

_____.

Telefon:

Telefon:

_____.

_____.

E-Mail-Adresse:

E-Mail-Adresse:

_____.

_____.

Beruf:

Beruf:

_____.

_____.

Für das Kind oder den Jugendlichen/ die Jugendliche (nachstehend Klient genannt)

Name:

Geburtsdatum:

_____.

_____.

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen.

§ 1 Vertragsgegenstand

Die Behandlerin erbringt psychologische Leistungen für Kinder, Jugendliche und Eltern im Rahmen ihrer Tätigkeit als Heilpraktikerin für Psychotherapie.

Die Leistungen erfolgen in Form von psychologischen Intensivsitzungen, psychologischen Intensivprogrammen oder Elterngesprächen.

Die Behandlung ersetzt keine ärztliche Untersuchung oder medizinische Behandlung. Bei körperlichen Beschwerden, psychiatrischen Krisen oder medizinischen Fragestellungen ist eigenverantwortlich ein Arzt oder Facharzt zu konsultieren.

Ein bestimmter Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

§ 2 Leistungsangebote

Psychologische Intensivsitzung für Kinder und Jugendliche

Dauer: 80 Minuten



Honorar: 240 Euro

Psychologische Intensivsituation für Eltern

Dauer: 80 Minuten

Honorar: 240 Euro

Psychologische Intensivprogramme

Mögliche Schwerpunkte:

- Kinderängste und Schulängste
- Hochsensibilität
- Hochbegabung
- Belastende Lebenssituationen und traumatische Erfahrungen
- Selbstwert und Selbstvertrauen

Leistungsumfang:

- 80 Minuten Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen
- 50 Minuten Elterngespräch
- 80 Minuten Intensivsituation mit dem Kind oder Jugendlichen
- 80 Minuten Intensivsituation mit dem Kind oder Jugendlichen
- Begleitender E-Mail-Kontakt während des gesamten Programms

Paketpreis: 890 Euro

§ 3 Durchführung der Sitzungen

Die Sitzungen können wahlweise in der Praxis in Esslingen am Neckar oder online über Zoom durchgeführt werden.

Der Klient beziehungsweise die Sorgeberechtigten sorgen bei Online-Terminen eigenverantwortlich für eine ausreichende technische Ausstattung sowie eine störungsfreie Umgebung.

Die Behandlerin ist berechtigt, Termine bei Krankheit, höherer Gewalt oder sonstigen unvorhersehbaren Umständen zu verschieben. Ein Anspruch auf einen bestimmten Termin besteht nicht.

§ 4 Online Sitzungen

Den Sorgeberechtigten ist bekannt, dass bei der Durchführung von Online-Sitzungen trotz technischer Sicherheitsmaßnahmen ein Restrisiko hinsichtlich der Datenübertragung besteht.



Die Teilnahme an Online-Sitzungen erfolgt freiwillig.

Der Klient beziehungsweise die Sorgeberechtigten sorgen für eine ungestörte Umgebung sowie die Wahrung der Vertraulichkeit während der Sitzung.

§ 5 Kommunikation

Zur Terminvereinbarung und organisatorischen Kommunikation können folgende Kommunikationswege genutzt werden:

- E-Mail
- WhatsApp
- Signal
- Threema

Die Wahl des Kommunikationsweges erfolgt freiwillig durch die Sorgeberechtigten.

Die genannten Kommunikationswege dienen organisatorischen Zwecken sowie dem vereinbarten begleitenden Austausch im Rahmen der Intensivprogramme.

Eine therapeutische Krisenintervention oder Notfallversorgung erfolgt nicht über Messenger-Dienste oder E-Mail.

§ 6 Honorar und Zahlungsbedingungen

Alle Leistungen sind Privatleistungen.

Eine Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nicht.

Private Krankenversicherungen, Beihilfestellen oder Zusatzversicherungen erstatten die Kosten gegebenenfalls entsprechend des individuellen Versicherungsvertrages.

Eine Nicht- oder Teilerstattung durch einen Kostenträger hat keinen Einfluss auf die Zahlungsverpflichtung gegenüber der Behandlerin.

Die Zahlung erfolgt wahlweise:

- über PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG, Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen
- über PayPal
- per Überweisung

Die Buchung eines Intensivprogramms gilt erst nach vollständigem Zahlungseingang als verbindlich bestätigt.

Rechnungen sind innerhalb der angegebenen Zahlungsfrist ohne Abzug zu begleichen.



§ 7 Intensivprogramme

Nach der Buchung erhalten die Sorgeberechtigten Vorbereitungsunterlagen und Anamnesebögen.

Die Formulare müssen vollständig ausgefüllt und spätestens 48 Stunden vor dem ersten Termin eingereicht werden.

Werden die erforderlichen Unterlagen nicht rechtzeitig eingereicht, kann die Behandlerin den Termin verschieben. Ein Anspruch auf kurzfristige Ersatztermine besteht nicht.

Nicht genutzte Termine innerhalb eines gebuchten Intensivprogramms verfallen, sofern keine anderweitige schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.

Sollte sich nach dem ersten Termin herausstellen, dass eine weitere Zusammenarbeit aus fachlichen oder persönlichen Gründen nicht sinnvoll erscheint, wird das Intensivprogramm nicht fortgeführt.

In diesem Fall wird lediglich die erste Intensivsitzung in Höhe von 240 Euro berechnet.

Der bereits gezahlte Restbetrag wird innerhalb von 14 Tagen zurückerstattet.

§ 8 Terminabsagen und Ausfallhonorar

Vereinbarte Termine sind verbindlich.

Terminabsagen müssen mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen.

Bei Nichterscheinen oder nicht fristgerechter Absage wird das vereinbarte Honorar in voller Höhe fällig, da die vereinbarte Zeit ausschließlich für den Klienten reserviert wurde.

Dies gilt nicht, wenn die Verhinderung unverschuldet erfolgt und auf Nachfrage glaubhaft nachgewiesen werden kann.

§ 9 Mitwirkungspflichten

Der Behandlungserfolg hängt wesentlich von der aktiven Mitwirkung des Klienten und der Sorgeberechtigten ab.

Die Sorgeberechtigten verpflichten sich, alle für die Behandlung relevanten Informationen vollständig und wahrheitsgemäß mitzuteilen.

Insbesondere sind aktuelle Diagnosen, laufende Behandlungen, Medikationen sowie wesentliche Veränderungen unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Sorgeberechtigte

Bei gemeinsamem Sorgerecht bestätigen beide Sorgeberechtigten mit ihrer Unterschrift ihr Einverständnis mit der Durchführung der psychologischen Behandlung.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Sorgeberechtigten, dass sie entweder gemeinsam sorgeberechtigt sind oder die unterzeichnende Person allein sorgeberechtigt ist.



§ 11 Notfälle und Krisensituationen

Die Praxis stellt keine Notfallversorgung sicher.

In akuten psychischen Krisen, bei Eigen- oder Fremdgefährdung oder bei medizinischen Notfällen sind unverzüglich die zuständigen Notdienste, ärztlichen Bereitschaftsdienste, psychiatrischen Krisendienste oder Rettungsdienste zu kontaktieren.

§ 12 Schweigepflicht

Die Behandlerin unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht.

Eine Weitergabe von Informationen an Ärzte, Schulen, Therapeuten, Kostenträger oder sonstige Dritte erfolgt ausschließlich nach vorheriger schriftlicher Schweigepflichtentbindung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen.

§ 13 Datenschutz

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Die Sorgeberechtigten erhalten hierzu eine gesonderte Datenschutzerklärung.

§ 14 Kündigung

Der Vertrag kann von beiden Seiten jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden.

Bereits erbrachte Leistungen sind unabhängig davon zu vergüten.

§ 15 Schlussbestimmungen

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt.

Es gilt deutsches Recht.

Ort:

Datum:

Ort:

Datum:

X

X

Unterschrift Sorgeberechtigter 1/Mutter

Unterschrift Sorgeberechtigter 2/Vater

Ort:

Datum:

X

Unterschrift Therapeut

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erklären wir unsere Einwilligung in die Verarbeitung unserer personenbezogenen Daten sowie der Gesundheitsdaten unseres Kindes beziehungsweise unserer Kinder im Zusammenhang mit der psychologischen Beratung und Behandlung durch

Monika Wahle
Klinische Psychologin (M.Sc.)
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Obertorstraße 2
73728 Esslingen am Neckar

Sorgeberechtigter 1/ Mutter:

_____ Geb. Datum _____

Sorgeberechtigter 2/ Vater:

_____ Geb. Datum _____

Kind 1 _____ Geb. Datum _____

Kind 2 _____ Geb. Datum _____

Kind 3 _____ Geb. Datum _____

Wir bestätigen,

- dass wir vor der Erhebung personenbezogener Daten ausreichend über Art, Umfang und Zweck der Datenverarbeitung informiert wurden.
- dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der Durchführung psychologischer Beratung, Behandlung, Terminverwaltung, Dokumentation sowie der damit verbundenen Kommunikation erfolgt.
- dass uns bekannt ist, dass hierbei auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 DSGVO, verarbeitet werden.
- dass die Einwilligung freiwillig erfolgt.
- dass uns bekannt ist, dass ohne die erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten eine psychologische Beratung oder Behandlung nicht durchgeführt werden kann.
- dass wir die nachfolgende Widerrufsbelehrung vor Erteilung unserer Einwilligung zur Kenntnis genommen haben.

- ☐ Das Kind darf nach dem Termin alleine nach Hause gehen.
- ☐ Das Kind darf nach dem Termin vor der Praxis warten.
- ☐ Das Kind wird nach dem Termin persönlich und pünktlich abgeholt.

Krankenversicherung (ggf. einschließlich Zusatzversicherung):

Wir haben den Inhalt dieser Einwilligungserklärung zur Kenntnis genommen.

Für Eltern / Betreuer von Patienten unter 14 Jahren:

- ☒ Das Kind darf alleine nach Hause gehen
- ☒ Das Kind darf vor der Praxis warten
- ☒ Das Kind wird persönlich und pünktlich von der Sorgeberechtigten.

Krankenversichert bei (auch Zusatz) _____

Ort, Datum: x _____ Unterschrift Vater

_____ x _____ Unterschrift Mutter

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf unberührt. Im Falle eines Widerrufs kann eine Fortführung der psychologischen Beratung oder Behandlung gegebenenfalls nicht mehr möglich sein. Der Widerruf kann schriftlich oder in Textform erfolgen und ist zu richten an: **Monika Wahle**

Obertorstraße 2

73728 Esslingen am Neckar

E-Mail: info@monikawahle.de

Fragebogen zur Vorgeschichte



MONIKA WAHLE

Privatpraxis für Kinder und Jugendliche

Kinder-, Jugend- und Familiencoach
Klinische Psychologin (M.Sc., London Metropolitan University)
Heilpraktikerin auf dem Gebiet der Psychotherapie

	Name	Geburtsdatum	Beruf, Schule
Klient/ Kind			
Mutter			
Vater			
Geschwister 1			
Geschwister 2			
Geschwister 3			

1. Erkrankungen Klient (körperlich und/ oder psychisch) mit Angabe von Zeitpunkt und Dauer:

2. Konsumgewohnheiten von Medikamenten, Alkohol, Tabak, Drogen...:



3. Klinikbesuche mit Angabe von Zeitpunkt und Grund:

4. Auffälligkeiten bei der Schwangerschaft:

5. Auffälligkeiten bei der Geburt:

6. Belastende Ereignisse/ Situationen während Kindergarten- und Schulzeit mit Zeitangabe:

7. Bekannte Krankheiten (auch psychische) im Familien- und Verwandtenkreis:

8. Tragische und belastende Ereignisse im Familien-, Verwandten- und Bekanntenkreis

9. Wie ist der Erziehungsstil? Strafen? Belohnungen?

10. Welche Erwartungen haben Sie an unsere Sitzungen?

11. Sonstiges

Jede Information ist für meine Arbeit sehr wichtig.

Vielen Dank!

Ausgefüllt von:

Ort/ Datum

Name

Unterschrift:

Vorname* Name, Vorname, Anschrift Patient/Patientin geboren am	Nachname* Geburtsdatum* Straße, Nr.* PLZ, Ort* *nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen: gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen	Behandler (Praxisstempel)
--	---	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG

Gewerbestraße 21
 86720 Nördlingen
www.pas-hammerl.de

Telefon 09081 2926-0
 Telefax 09081 2926-59
info@pas-hammerl.de

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Datum
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in



PAS DR. HAMMERL