

## 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:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

die Durchführung von psychotherapeutischen Sitzungen mit dem Patienten vereinbart.

### § 1 Vertragsgegenstand

Der Klient nimmt in der Praxis Monika Wahle (Klinische Psychologin (M.Sc.), Heilpraktikerin Psychotherapie) eine psychotherapeutische Behandlung und/ oder Coaching in Anspruch. Diese erfolgt in Form einer Einzeltherapie, -coaching. Der Klient ist darüber aufgeklärt, dass diese Behandlung keine Untersuchung durch einen Arzt ersetzt und dass er/sie bei auftretenden Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert ist, selbstständig einen Arzt zu konsultieren. Im Laufe einer Psychotherapeutischen Behandlung kann es zu sogenannten Heilungskrisen kommen, die mit einer intensiveren Gefühlswahrnehmung einhergehen können. Dies ist im Behandlungsverlauf normal und manchmal unumgänglich. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte nach.

### § 2 Honorar, Behandlungsdauer, Kostenerstattung

Der Klient zahlt für eine Psychotherapeutische Behandlung/ Coaching von 50 Minuten 160,- Euro und ab der 3. Behandlung 140,- Euro.

90 Minuten 220,- Euro bei Trauma-/ Psychotherapie

Zusätzliche Telefontermine z.B. mit Eltern, Lehrer, Ärzten werden mit 40,- Euro je 15 Minuten berechnet.

Bei direkter Buchung der Akut-Behandlung: Akut- Behandlung- Paketpreis 420,- Euro (Im Vorfeld: Formulare: Anamnese und jetzige Problematik/ am gleichen Tag: 90 Minuten Behandlung des Kindes und 30 Minuten Zoom Gespräch der Eltern (auf Wunsch auch Telefonat möglich)

Bei direkter Buchung der Kinderhypnose von 120 Minuten 310,- Euro



Die Leistungen in dieser Praxis sind Privatleistungen und der Klient ist darüber informiert, dass in einer Praxis für Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz generell keine Zulassung zu gesetzlichen Krankenkassen besteht.

Der Klient leitet eigenverantwortlich Kostenerstattungsverfahren mit möglichen Leistungsträgern ein und informiert sich selbständig über mögliche Bezuschussungen. Bei Bedarf werden Befundberichte und/oder Rechnungen nach dem GebüH erstellt. Eine Nichterstattung oder eine Teilerstattung durch Kostenträger (Private Krankenkasse bzw. Zusatzversicherung) hat keinen Einfluss auf das vereinbarte Honorar

### § 3 Ausfallhonorar

Fest vereinbarte Behandlungstermine, die nicht in Anspruch genommen werden, werden mit einem Ausfallhonorar von 140,- Euro in Rechnung gestellt. Diese Zahlungspflicht tritt nicht ein, wenn der Termin fristgerecht mindestens 24 Std. vorher abgesagt wurde, oder wenn der Klient ohne sein Verschulden, zum Beispiel im Fall einer Erkrankung oder eines Unfalls, nicht erscheinen kann.

### § 4 Kündigung

Der abgeschlossene Behandlungsvertrag kann jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, gekündigt werden.

### § 5 Schweigepflicht

Der Therapeut unterliegt der Schweigepflicht. Für den Fall einer Auskunftserteilung an Kostenträger, Ärzte, familiäre Bezugspersonen oder sonstige Personen muss er schriftlich von der Schweigepflicht durch den Klienten entbunden werden.

### § 6 Pünktlichkeit

Die Sitzungen dauern 50 Minuten. Es ist wichtig, dass Sie pünktlich, d.h. nicht zu spät und nicht zu früh zu den Sitzungen und zum Abholen erscheinen.

### § 7 Elternarbeit

Für eine Kinderpsychotherapie ist die Mitarbeit der Eltern/Bezugspersonen sehr entscheidend. Von daher finden im Verhältnis 4:1 Elterngespräche statt. Weiter hängt der Therapieerfolg maßgeblich von deren Regelmäßigkeit und ihrem aktiven Engagement und ihrer Mitwirkung ab. Bitte melden Sie sich deswegen auch in Krisensituationen rasch und geben Sie immer Auskunft über eine eventuelle Medikation und evtl. Mitbehandlungen. Bei getrennt-lebenden bzw. geschiedenen Eltern ist das Einverständnis beider Sorgeberechtigter für eine Kinderpsychotherapie erforderlich.

### § 8 Sonstiges

Mitwirkung des Klienten und Aufgaben

Der Klient wirkt aktiv an seiner Genesung mit. Es kann im Therapieprozess notwendig sein, dass der Therapeut dem Klienten bestimmte Aufgaben gibt zur Unterstützung des Prozesses. Der Klient unterstützt seine Genesung, indem er diese Aufgaben erledigt. Bei Schwierigkeiten, die es dem Klienten nicht möglich machen, seinen Beitrag zum Erfolg der Behandlung beizutragen, bespricht er es mit dem Therapeuten. Bei jüngeren Klienten werden die Eltern mit zur Ausführung der Aufgaben beauftragt.

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

Sorgeberechtigter 1/ Mutter:

\_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigter 2/ Vater:

\_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Kind 1 \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Kind 2 \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Kind 3 \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

unsere Einwilligung in die Verarbeitung unsere und unseres Kindes bzw. Kinder Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit dem Coaching / Therapie von:

**Monika Wahle, Kinder-Jugend-und Familiencoach, Heilpraktikerin Psychotherapie Esslingen**

Ich bestätige,

- dass ich die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von Monika Wahle mitgeteilt bekommen habe,
- dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der Beratung erfolgt,
- dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch kein Coaching oder Therapie erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung 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) \_\_\_\_\_

Wir haben beide davon Kenntnis genommen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Unterschrift Vater

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Unterschrift Mutter

### Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an Monika Wahle, Obertorstr. 2, 73728 Esslingen

## Fragebogen zur Vorgeschichte

|               | 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:

\_\_\_\_\_

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

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](http://www.pas-hammerl.de)

Telefon 09081 2926-0  
 Telefax 09081 2926-59  
[info@pas-hammerl.de](mailto: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**