

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

Name:

_____.

Adresse:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

nachstehend Klient genannt)

die Durchführung von psychotherapeutischen Sitzungen mit dem Patienten vereinbart.

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Klient nimmt in der Praxis Monika Wahle (Klinische Psychologin (M.Sc.), Heilpraktiker Psychotherapie) eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Diese erfolgt in Form einer Einzeltherapie. 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 von 50 Minuten 160,-Euro. Zusätzliche Telefontermine werden mit 45,- Euro je 15 Minuten berechnet.

90 Minuten 240,- Euro bei Trauma-/ Psychotherapie

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 zur gesetzlichen Krankenkasse besteht.

Der Klient leitet eigenverantwortlich Kostenerstattungsverfahren mit möglichen Leistungsträgern ein und informiert sich selbstständig 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.

§ 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.

Ort:

Datum:

Ort:

Datum:

Unterschrift Klient.

Unterschrift Therapeut:

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich

Name _____

Geb. Datum _____

Strasse _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit dem Coaching/ Psychotherapie durch:

Monika Wahle, Kinder-Jugend-und Familiencoach, Heilpraktikerin für Psychotherapie in Esslingen am Neckar.

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 grundsätzlich kein Coaching/ Psychotherapie erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Krankenversichert bei (auch Zusatz) _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

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, Am Hausweinberg 25, 73732 Esslingen

Fragebogen zur Vorgeschichte

	Name	Geburtsdatum	Beruf
Klient			
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 in der Kindheit:

Belastende Ereignisse/ Situationen während Kindergarten- und Schulzeit mit
Zeitangabe, Erziehungsstil der Eltern:

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

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

7. 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:

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

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