



## Behandlungsvertrag

zwischen

**Kerstin Reibe, Heilpraktikerin**, beschränkt auf das Gebiet der **Psychotherapie** (nachstehend Therapeutin genannt)

Am Hanloh 5  
29633 Munster

und

\_\_\_\_\_ ,

geb. \_\_\_\_\_

wohnhaft in

\_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

@: \_\_\_\_\_

### **§ 1 Vertragsgegenstand**

Die ratsuchende Person nimmt in der Praxis *Kerstin Reibe* eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Diese erfolgt in Form einer Einzeltherapie.

Die ratsuchende Person ist darüber aufgeklärt, dass diese Behandlung keine Untersuchung durch einen Arzt ersetzt und dass sie bei auftretenden Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert ist, selbständig 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 suchen Sie bitte das Gespräch mit der Therapeutin.

### **§ 2 Honorar, Behandlungsdauer, Kostenerstattung**

Ratsuchende zahlen für eine Psychotherapeutische Behandlung von 60 Minuten 70,00 €. Die Leistungen in dieser Praxis sind Privatleistungen. Die ratsuchende Person ist darüber informiert, dass in einer Praxis für Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz generell keine Zulassung zu gesetzlichen Krankenkassen besteht. Daher leiten Patient\*innen bei Bedarf eigenverantwortlich Kostenerstattungsverfahren mit möglichen Leistungsträgern ein und informieren sich selbständig über mögliche Bezuschussungen. Bei Bedarf werden Befundberichte und/oder Rechnungen nach der GebüH erstellt. Eine Nichterstattung oder eine Teilerstattung durch Kostenträger (Private Krankenkasse) hat keinen Einfluss auf das vereinbarte Honorar.

Wingwave-Sitzungen kosten bei einer Dauer von 60-90 Minuten 120,00 €, bei einer Dauer von 90-120 Minuten 180 €.





### § 3 Ausfallhonorar

Fest vereinbarte Behandlungstermine, die nicht in Anspruch genommen werden, werden mit einem Ausfallhonorar von 70, 00 € Euro in Rechnung gestellt. Diese Zahlungspflicht tritt nicht ein, wenn der Termin fristgerecht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurde.

### § 4 Kündigung

Der abgeschlossene Behandlungsvertrag kann jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, mit einer Frist von 14 Tagen gekündigt werden. Diese Frist ist sinnvoll, um die Klient\*innen nicht ohne ein Abschlussgespräch aus dem therapeutischen Prozess zu entlassen.

### § 5 Schweigepflicht

Die Therapeutin unterliegt der Schweigepflicht. Für den Fall einer Auskunftserteilung an Kostenträger, Ärzte, familiäre Bezugspersonen oder sonstige Personen muss sie durch die ratsuchende Person schriftlich von der Schweigepflicht entbunden werden.

### § 6 Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)

Zur sachgemäßen Dokumentation und Abrechnung ist es erforderlich, dass Ihre persönlichen Daten digital gespeichert und im Zuge der Rechnungsstellung verarbeitet werden.

Es handelt sich bei den Daten um Ihren Namen und Ihre Anschrift, Ihr Geburtsdatum und ggf. E-Mail-Adresse und Telefonnummer.

Weiter werden Daten zur Behandlung Ihrer Person und die Kosten erfasst. Ich behalte mir vor, diese Daten unter Umständen weiterzugeben an eine Abrechnungsstelle, die mit der Erstellung der Rechnung und Abwicklung der Zahlung beauftragt wird. Auch können die Daten **mit Ihrem Einverständnis** zur weiteren Behandlung an medizinische Einrichtungen weitergegeben werden. Eine Weitergabe an Dritte, beispielsweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht.

### Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann frühestens nach der gesetzlichen Frist von zehn Jahren erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail übermitteln. Es





entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung, welche Sie im Folgenden mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

## § 7 Sonstiges

### Mitwirkung der Ratsuchenden und Aufgaben

Die ratsuchende Person wirkt aktiv an ihrer Genesung mit. Es kann im Therapieprozess notwendig sein, dass die Therapeutin ihren Klient\*innen bestimmte Aufgaben gibt, um den Prozess zu unterstützen. Die ratsuchende Person unterstützt ihre Genesung, indem sie diese Aufgaben erledigt. Bei Schwierigkeiten, die es den Ratsuchenden nicht möglich machen, ihren Beitrag zum Erfolg der Behandlung zu leisten, bespricht sie dies mit der Therapeutin in der nachfolgenden Sitzung.

**Hiermit stimme ich dem Behandlungsvertrag zu und willige ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.**

Ort \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der ratsuchenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Therapeutin

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigten

