

# Behandlungsvertrag für die heilkundliche Psychotherapie und Datenschutzvereinbarung (DSGVO)

zwischen

Heilpraktikerin für Psychotherapie

Name, Vorname: Zimmermann, Kamila

Praxisanschrift: Schlehenrain 4, 73072 Donzdorf

und

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

E-Mail: .....

Telefonnummer: .....

## 1.) Vertragsgegenstand

Der Patient/die Patientin nimmt bei der Therapeutin eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch, einschließlich der dazu notwendigen Diagnose- und Testverfahren. Dabei können außer den wissenschaftlich anerkannten auch solche psychotherapeutischen Verfahren Anwendung finden, denen eine schulmedizinische Anerkennung fehlt und die den Regeln der Komplementärmedizin folgen.

## 2.) Honorar

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 80 € je 60 Minuten. Das unverbindliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) findet keine Anwendung. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

### **3.) Kosten-Aufklärung**

Heilpraktikerinnen nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Die Kosten sind vom Patienten zu tragen.

### **4.) Ausfallhonorar**

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen schulden Patient\*innen der Therapeutin ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 % der Gesamtgebühr, das beträgt 40 €. Der Ausfallbetrag ist sofort fällig.

Die vorstehende Zahlungsverpflichtung tritt nicht ein, wenn der Patient/die Patientin mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt, oder ohne sein/ihr Verschulden am Erscheinen verhindert ist. In diesem Fall ist der Grund der Verhinderung unverzüglich mitzuteilen und auf Verlangen nachzuweisen.

### **5.) Weitere Hinweise**

- a) Heilpraktikerinnen für Psychotherapie dürfen weder verschreibungspflichtige Medikamente verordnen noch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen.
- b) Der Patient/die Patientin wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzen kann. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die Therapeutin dies dem Patienten/der Patientin unverzüglich mitteilen.
- c) Der Patient/die Patientin wurde darüber aufgeklärt, dass Psychotherapie keine körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt ersetzt. Bei diesbezüglichen Beschwerden sind Patient\*innen aufgefordert, sich in die Behandlung eines Arztes/einer Ärztin zu begeben.

### **6.) Anlagen**

Das beigefügte Patientenstammblatt ist Bestandteil dieses Vertrages. Der Patient/die Patientin hat von diesem Vertrag und der Anlage eine Kopie erhalten.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift Patient/in)

.....

(Ort, Datum, Unterschrift Heilpraktikerin)

## 7.) Einwilligungserklärung gemäß DS-GVO in die Verarbeitung von Daten

Vor- und Nachname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

PLZ, Wohnort .....

Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung (nach §630 Abs.1 BGB) ein. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann.

### Ihre Rechte

Der/die Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf kann per E-Mail, Fax oder postalisch an mich/uns übermittelt werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Außerdem haben Sie das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Patient/in)