

Behandlungsvertrag

zwischen

Praxis:

MSc Psychologin Alina Kaul

– nachfolgend „Therapeutin“ –

und

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

– nachfolgend „Klientin/Klient“ –

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Die Therapeutin führt psychologische Beratung und/oder Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz durch.

Es handelt sich um eine privat zu vergütende Leistung. Eine Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nicht.

§ 2 Umfang der Behandlung

Die Behandlung richtet sich nach den individuellen Anliegen der Klientin/des Klienten und kann unter anderem folgende Methoden umfassen:

- Kognitive Verhaltenstherapie
- EMDR (soweit indiziert)
- Entspannungsverfahren
- Ressourcenarbeit
- Biografiearbeit
- Systemische Methoden
- Psychoedukation

Ein bestimmter Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

§ 3 Mitwirkung

Die Klientin/Der Klient verpflichtet sich, alle für die Behandlung relevanten Informationen wahrheitsgemäß mitzuteilen und aktiv an der Behandlung mitzuwirken.

§ 4 Termine

Termine werden individuell vereinbart.

Absagen sind spätestens 24 Stunden vor dem Termin mitzuteilen.

Bei kurzfristigeren Absagen oder Nichterscheinen wird das vereinbarte Honorar in vollem umfang berechnet.

§ 5 Honorar

Es gilt die jeweils aktuelle Honorarvereinbarung.

§ 6 Schweigepflicht

Die Therapeutin verpflichtet sich zur Verschwiegenheit. Näheres regelt die Schweigepflichtsvereinbarung.

§ 7 Datenschutz

Es gelten die Datenschutzbestimmungen der Praxis.

§ 8 Beendigung

Der Vertrag kann von beiden Seiten jederzeit beendet werden.

Bereits entstandene Honorarforderungen bleiben hiervon unberührt.

§ 9 Schlussbestimmungen

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Klient/in

Unterschrift Therapeutin



Datenschutz- und Einwilligungserklärung für psychologische Beratung und Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz

Datenschutzinformation gemäß Art. 13 und 14 DSGVO

Verantwortliche

Name: MSc Psychologin Alina Kaul

Telefon: 0151 100 555 30

E-Mail: info@alinakaul.de

Zweck der Datenverarbeitung

Im Rahmen der psychologischen Beratung und/oder Psychotherapie erhebe und verarbeite ich personenbezogene Daten sowie besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 DSGVO), soweit dies für die Durchführung der Beratung bzw. Therapie erforderlich ist.

Die Verarbeitung erfolgt insbesondere zu folgenden Zwecken:

- Anbahnung und Durchführung des Beratungs- bzw. Therapieverhältnisses
 - Diagnostik und therapeutische Dokumentation
 - Terminverwaltung
 - Rechnungsstellung
 - Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten
 - Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten
-

Rechtsgrundlage

Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage von:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung)

- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (gesetzliche Verpflichtungen)
 - Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (Einwilligung)
 - Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (Gesundheitsvorsorge bzw. Behandlung)
-

Welche Daten werden verarbeitet?

Je nach Beratungs- oder Therapieverlauf können insbesondere folgende Daten verarbeitet werden:

- Name
 - Anschrift
 - Telefonnummer
 - E-Mail-Adresse
 - Geburtsdatum
 - Gesundheitsdaten
 - Angaben zur psychischen und körperlichen Gesundheit
 - Anamnesebogen
 - Gesprächsnotizen
 - Dokumentation des Therapieverlaufs
 - Rechnungsdaten
-

Vertraulichkeit

Alle erhobenen Informationen werden streng vertraulich behandelt.

Ich unterliege der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht sowie den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt ausschließlich

- mit Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung,
 - aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen oder
 - wenn dies zur Durchsetzung rechtlicher Ansprüche erforderlich ist.
-

Online-Beratung

Sofern Beratungen oder Therapiesitzungen online stattfinden, erfolgt dies über datenschutzkonforme Kommunikationsplattformen.

Ich weise darauf hin, dass trotz hoher Sicherheitsstandards eine vollständige Datensicherheit bei der elektronischen Kommunikation niemals garantiert werden kann.

E-Mail-Kommunikation

Die Kommunikation per E-Mail erfolgt auf Wunsch der Klientin bzw. des Klienten.

Mir ist bekannt, dass E-Mails Sicherheitslücken aufweisen können und ein vollständiger Schutz vor dem Zugriff Dritter nicht garantiert werden kann.

☐ Ich bin mit der Kommunikation per E-Mail einverstanden.

Telefon- und Messenger-Kommunikation

Für Terminabsprachen dürfen folgende Kommunikationswege genutzt werden:

- ☐ Telefon
- ☐ SMS
- ☐ Messenger (z. B. Signal oder WhatsApp, sofern angeboten)

Mir ist bekannt, dass insbesondere Messenger-Dienste datenschutzrechtliche Risiken bergen können.

Aufbewahrungsdauer

Die Dokumentation wird entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.

Nach Ablauf der gesetzlichen Fristen werden die Daten datenschutzgerecht gelöscht bzw. vernichtet, sofern keine gesetzlichen Gründe für eine längere Speicherung bestehen.

Ihre Rechte

Sie haben jederzeit das Recht auf

- Auskunft über Ihre gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)

- Widerruf einer erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft

Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bestätige,

- dass ich die Datenschutzinformationen erhalten und gelesen habe,
- dass ich ausreichend Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen,
- dass ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einschließlich meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der psychologischen Beratung bzw. Psychotherapie einwillige.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Einwilligungserklärungen

Bitte ankreuzen:

- ☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Beratung/Therapie ein.
 - ☐ Ich bin mit der Kontaktaufnahme per E-Mail einverstanden.
 - ☐ Ich bin mit der telefonischen Kontaktaufnahme einverstanden.
 - ☐ Ich bin mit einer Kontaktaufnahme über Messenger (falls angeboten) einverstanden.
 - ☐ Ich bin mit der Durchführung von Online-Sitzungen einverstanden.
-

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Klient/in:

Unterschrift Praxis:



Einwilligung zur Durchführung von Online-Sitzungen über Zoom

Ich wünsche, dass psychologische Beratungen bzw. psychotherapeutische Sitzungen ganz oder teilweise per Videokonferenz über Zoom durchgeführt werden.

Mir ist bekannt, dass trotz technischer und organisatorischer Schutzmaßnahmen bei der Nutzung internetbasierter Kommunikationsdienste ein Restrisiko hinsichtlich der Vertraulichkeit und Datensicherheit besteht.

Ich wurde darüber informiert, dass

- die Teilnahme freiwillig erfolgt,
- ich meine Einwilligung jederzeit für zukünftige Sitzungen widerrufen kann,
- ich für eine möglichst vertrauliche Umgebung während der Sitzung selbst verantwortlich bin,
- ich keine unbefugten Personen an der Sitzung teilnehmen lasse,
- Bild-, Ton- oder Bildschirmaufnahmen der Sitzung ohne ausdrückliche Zustimmung der Therapeutin unzulässig sind.

Ich verpflichte mich,

- die Zugangsdaten vertraulich zu behandeln,
- die Sitzung nicht aufzuzeichnen,
- während der Sitzung einen geschützten und möglichst störungsfreien Raum zu nutzen.

Die Therapeutin verpflichtet sich ebenfalls,

- die Sitzung in einem geschützten Raum durchzuführen,
- keine Aufzeichnungen anzufertigen,
- die Zugangsdaten vertraulich zu behandeln.

Mir ist bekannt, dass Zoom personenbezogene Daten verarbeitet. Ich wurde hierüber im Rahmen der Datenschutzerklärung informiert.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Durchführung von Online-Sitzungen über Zoom.

Vorname, Nachname(Klient): _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Klient/in

Unterschrift Therapeutin



Honorarvereinbarung

zwischen

Praxis: MSc Psychologin Alina Kaul

und

Klientin/Klient: _____

Honorar

Es gelten folgende Honorare:

- Erstgespräch (___20___ Minuten): ___kostenfrei___
- Psychotherapie (HeilprG) (50 Minuten): ___150,00___ €
- Psychologische Beratung (50 Minuten): ___140,00 (inkl. MwSt)___ €

Das Honorar ist unmittelbar nach der Sitzung fällig, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde.

Die Zahlung erfolgt per Überweisung nach postalischem Rechnungserhalt.

Terminabsagen

Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vorher erfolgen.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen wird das vollständige Honorar berechnet.

Kostenerstattung

Die Praxis rechnet grundsätzlich **nicht mit gesetzlichen Krankenkassen** ab.

Eine Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen liegt ausschließlich im Verantwortungsbereich der Klientin/des Klienten.

Das Honorar ist unabhängig von einer möglichen Erstattung vollständig zu entrichten.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Klient/in

Unterschrift Therapeutin



Schweigepflichtsvereinbarung

Ich verpflichte mich, sämtliche Informationen, die ich im Rahmen der psychologischen Beratung oder Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz über meine Klienten erhalte, streng vertraulich zu behandeln.

Personenbezogene Daten sowie Informationen über die Behandlung werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben.

Eine Weitergabe erfolgt ausschließlich

- mit ausdrücklicher schriftlicher Einwilligung der Klientin/des Klienten,
- aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen,
- aufgrund gerichtlicher Anordnung oder
- wenn eine erhebliche gegenwärtige Gefahr für Leib oder Leben besteht und eine Offenbarung rechtlich zulässig oder geboten ist.

Die Klientin/Der Klient kann eine Schweigepflichtentbindung gegenüber bestimmten Personen oder Institutionen jederzeit schriftlich erteilen oder widerrufen.

Ich bestätige, über die Schweigepflicht informiert worden zu sein.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Klient/in

Unterschrift Therapeutin

