
Behandlungsvertrag

zwischen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name/Vorname (nachfolgend Patient/in benannt)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

geb. am

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

wohnhaft in (Straße, Nr.) PLZ / Ort

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Emailadresse

und **Doreen Kreß, Bahnhofstraße 26, 63776 Mömbris**, nachfolgend Praxis genannt.

wird nachfolgender Behandlungsvertrag abgeschlossen:

§ 1 Vertragsgegenstand

Ich nehme in dieser Praxis eine psychologische oder systemische Beratung in Form einer Einzel-, Paar-, Familienberatung in Anspruch.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Beratung keine Behandlung durch Ärzte ersetzt. Bei Beschwerden mit Krankheitswert beuge ich mich in die Behandlung von Fachärzten.

In der Praxis werden folgende Beratungsformate angeboten:

- Einzel-, Paar-, Familienberatung: Individuelle Vereinbarung von Terminen

§ 2 Honorar, Behandlungsdauer, Kostenerstattung durch Leistungsträger

Ich wurde darüber informiert, dass die Bezahlung an die Praxis im Anschluss an die Beratung erfolgt. Mögliche Zahlungsmöglichkeiten sind: Barzahlung (gegen Quittung).

Bitte klären Sie vor Beginn der Behandlung, ob ihre Kranken-, Zusatz- oder Beihilfeversicherung die Kosten für die Beratung übernimmt, da es unterschiedliche Verträge und Konditionen gibt. Die Praxis hat keine Kassenzulassung.

Bankverbindung
1822 Direkt
IBAN: DE75 5005 0201 1243 3433 36
BIC: HELADEF1822
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: 46 213 975 038
Mitgliedsnummer DPtV: 40635
Mitgliedsnummer PtK Hessen: 39027

Aufsichtsbehörde
Gesundheitsamt Aschaffenburg
- Aufsicht für Heilberufe -
Merlostraße 1-3
63741 Aschaffenburg - Damm

Je Erstgespräch: 80 € / 30 Minuten

Einzelberatung: 120 € / 50 Beratungsminuten

Paar- und Familienberatung: zwischen 160 € - 190 € / 60 – 90 Beratungsminuten

§ 3 Dauer

Die Termine der Einzelberatung dauern 50 Minuten und die Paar- und Familienberatung 60 – 90 Minuten, je nach Anliegen und Absprache (je inklusive Begrüßung, Absprachen und Verabschiedung). Die Erstgespräche dauern in allen Beratungsangeboten 30 Minuten.

Die Häufigkeit der Termine richtet sich nach Ihrem Anliegen und wird flexibel gestaltet.

§ 4 Ausfallshonorar / Terminabsagen

Bitte verschieben oder sagen Sie ihre Termine bis 24 Stunden vorher ab. Andernfalls fällt ein Ausfallhonorar in folgender Höhe an:

Einzelberatung: 60 € / Paar- und Familienberatung: 90 €

Ausfallgebühren können nicht erstattet werden.

§ 5 Schweigepflicht

Die Praxis unterliegt der Schweigepflicht und muss für den Fall der Auskunftserteilung an familiäre Bezugspersonen / mitbehandelnde Ärzte und Psychotherapeuten von dieser Schweigepflicht schriftlich durch den Patienten entbunden werden. Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit über andere Patienten, von denen ich zufällig -z. B. über Wartezimmerkontakt -Kenntnis erhalte.

Ich verpflichte mich, das Gebot der Verschwiegenheit über die persönlichen Belange anderer Gruppenmitglieder außerhalb der Gruppe einzuhalten.

Ich habe folgende Dokumente und Bedingungen gelesen und stimme zu:

- ☐ Erklärung zum Umgang mit personenbezogenen Daten entsprechend DSGVO
- ☐ Behandlungsvertrag

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

(Patient*in) Datum, Unterschrift

Erfassungsbogen Person

Name	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Vorname	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Geburtsdatum	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Beruf	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Straße und Hausnummer	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
PLz und Wohnort	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon privat	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon beruflich	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon mobil	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mail	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Familienstand	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Kinder (Name, Geburtsdatum)	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Medikamente	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Warum sind Sie bei mir?	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Welche Erwartungen und Ziele haben Sie an die Beratung?	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.