

Name, Vorname

Adresse

Telefon/Handy-Nr.

Geburtsdatum

Notfall-/Alternativkontakt(e)

(Name, Vorname, Telefon/Handy)

1. Vertragsgegenstand

Wir beide, Sie die oben genannte Person und ich Hanna D'Souza, begeben uns auf einen gemeinsamen Weg im Rahmen einer Gesprächstherapie. Diese erfolgt in Form einer

Einzeltherapie Gruppentherapie Paartherapie.

Sie wurden darüber aufgeklärt, dass diese Begleitung keine Untersuchung durch einen Arzt ersetzt und dass Sie bei auftretenden Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert sind, selbständig einen Arzt zu konsultieren. Sind Sie bereits in Behandlung, stimmen Sie zu, die vom Arzt verordnete Medikation weiterhin zu nehmen und hierüber mit dem Arzt im Gespräch zu bleiben. Im Laufe der Begleitung kann es zu sogenannten Heilungskrisen kommen, die mit einer intensiveren Gefühlswahrnehmung einhergehen können. Dies ist ein normaler Verlauf und manchmal unumgänglich. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte nach.

2. Honorar, Behandlungsdauer, Kostenerstattung

Der/Die Ratsuchende zahlt für eine Gesprächstherapie-sitzung von **60 Minuten € ____ Euro** (entspricht 2% des Haushalt-Nettoeinkommens oder wenn darunter, den Mindestsatz). Die Leistungen sind Privatleistungen und der Ratsuchender ist darüber informiert, dass in einer Praxis für Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz generell keine Zulassung zu gesetzlichen Krankenkassen besteht. Der Ratsuchende leitet eigenverantwortlich Kostenerstattungsverfahren mit möglichen Leistungsträgern ein und informiert sich selbständig über mögliche Bezuschussungen. Bei Bedarf werden Befundberichte und/oder Rechnungen zur Verfügung gestellt. Eine Nichterstattung oder eine Teilerstattung durch Kostenträger (Private Krankenkasse) hat keinen Einfluss auf das vereinbarte Honorar.

3. Ausfallhonorar

Fest vereinbarte Termine, die nicht in Anspruch genommen werden, werden in voller Höhe in Rechnung gestellt. Diese Zahlungspflicht tritt nicht ein, wenn der Termin fristgerecht mindestens 48 Std. vorher abgesagt wurde, oder wenn der/die Ratsuchende/r ohne eigenes Verschulden, zum Beispiel im Fall einer Erkrankung gegen Vorlage einer Krankmeldung oder eines Unfalls, nicht erscheinen kann.

4. Kündigung

Die abgeschlossene Grundvereinbarung kann jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, mit einer Frist von 5 Tagen gekündigt werden.

5. Schweigepflicht

Als Therapeut unterliege ich der Schweigepflicht. Für den Fall einer Auskunftserteilung an Kostenträger, Ärzte, familiäre Bezugspersonen oder sonstige Ihnen bekannte Personen werde ich eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht von Ihnen erbitten.

Grundstammdaten und Vereinbarung

6. Entbindung der Schweigepflicht zum Zwecke der Supervision

Zur Verbesserung und Weiterentwicklung meiner Tätigkeit nehme ich in unregelmäßigen Abständen an Supervisionen teil. Zu diesem Zwecke ist es wichtig, ein Beispiel aus dem Praxisalltag mitzubringen und vorzustellen. Eine Anonymisierung der Person sowie eine Darstellung, die es jeglichem Teilnehmer unmöglich macht auf die reale Person zu schließen, ist ausdrücklich gewünscht und wird von mir auch so aufbereitet.

Unter den oben beschriebenen Voraussetzungen bin ich damit

einverstanden nicht einverstanden

7. Datenschutz

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zwecke ich Daten erhebe, speichere oder weiterleite.

Die Datenerhebung und -verarbeitung ist notwendig, um eine bestmögliche Gesprächstherapie durchführen zu können. Hierzu werden Ihre persönlichen Kontaktdaten, Anamnesen, Verdachtsdiagnosen, Therapievorschläge und Gesprächsnotizen an einem für Dritte unzugänglichen Ort aufbewahrt. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

In der Regel übermittle ich keine Daten an Dritte, außer wie unter den Punkten „2. Honorar, Behandlungsdauer, Kostenerstattung“ sowie „5. Schweigepflicht“ im Einzelfall beschrieben und von Ihnen entsprechend gewünscht und zugestimmt.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

8. Sonstiges

Für den Erfolg der Therapie tragen wir beide die Verantwortung. Dafür sind einige Dinge noch ganz wesentlich: Ihre Aufgabe ist es dabei, frei auszusprechen, was Sie beschäftigt. Benennen sie alles, was Sie denken, fühlen und im Kontakt mit sich oder mit anderen wahrnehmen. Die Gedanken, Gefühle, Bilder, Erinnerungen, Wünsche, Ängste, Phantasien und Träume, die in Ihnen auftauchen sind ein wesentlicher Teil von Ihnen. Versuchen Sie sich keine Gedanken zu machen ob es wichtig ist, sprechen Sie möglichst alles aus. Seien Sie sich selbst und mir gegenüber so offen und ehrlich wie möglich. Lassen Sie auch eventuell auftauchende schmerzhaftere Erinnerungen und Gefühle zu. Nur durch diese Bereitschaft können Sie dann in der Begleitung gewonnene Einsichten auch in ihrem täglichen Leben umsetzen.

Ich möchte Sie noch ermutigen, auch alle Gefühle und Gedanken, die mir gegenüber in Ihnen auftauchen, zu äußern, denn sie können ein wichtiger Aspekt Ihrer Erfahrungen auch aus anderen Beziehungen sein. Dies kann für Ihre Therapie eine besondere Chance darstellen.

St. Georgen, den

Unterschrift Hanna D´Souza

Unterschrift Ratsuchende/r

Anschrift/Kontakt

Mühlstraße 5a ** 78112 St. Georgen

ph: + 49 77 24 – 91 91 31

email: info@wertschopfung.me

Exemplar für:

Ratsuchende/r

Hanna D´Souza