



Sabine Loose

Heilpraktikerin für  
Psychotherapie

## Behandlungsvertrag und Datenschutzerklärung incl. Fernsitzungen

Zwischen

Patient/in \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Str./Nr. \_\_\_\_\_, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

und

Sabine Loose  
Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Am Markt 1  
25358 Horst  
[info@sabine.loose.de](mailto:info@sabine.loose.de)  
(nachfolgend Therapeutin genannt)

### § 1 Vertragsgegenstand

Der/die Patient\*in nimmt bei der Therapeutin eine heilkundliche / psychotherapeutische Behandlung in Anspruch einschließlich der dazu notwendigen Diagnose- und Testverfahren. Dabei können außer den wissenschaftlich anerkannten auch solche Verfahren Anwendung finden, denen eine schulmedizinische Anerkennung fehlt und die den Regeln der Alternativmedizin folgen. Die Behandlung kann in Form einer persönlichen Begegnung in der Praxis, einem dem Therapieziel förderlichen Ort auch außerhalb der Praxis oder in besonderen Fällen auch im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen oder auch in Form einer Telefon- und Videosprechstunde ( Fern-Sitzungen).

### § 2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von **85 € je 60 Minuten**. Bei längeren Sitzungen werden angebrochene Stunden anteilig berechnet.

( X ) Das Honorar ist im Anschluss an die Sitzung **in bar** zu zahlen. Am Ende eines jeden Monats wird eine Rechnung über alle erfolgten Behandlungen des Monats zugestellt.

( X ) Das Honorar ist - bei einmaligen Fern-Sitzungen – im voraus an die Therapeutin zu überweisen.

( X ) Das unverbindliche Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 wird nicht angewendet

### § 3 Aufklärung / Hinweise

Der/Die Patient\*in wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- Die Behandlung ersetzt eine ärztliche Diagnose und Therapie **nicht** vollständig. Sofern ärztlicher Rat und weitere Diagnostik erforderlich sind, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird dies angesprochen und eine ergänzende Behandlung durch einen qualifizierten Arzt empfohlen und in dringenden Fällen veranlasst.
- Eine schriftliche Einwilligung ist erforderlich, wenn die Erteilung einer Auskunft der Therapeutin an Dritte erfolgt.
- Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) lehnen die Kostenübernahme der Behandlungskosten von Heilpraktikern für Psychotherapie in der Regel ab. Besteht keine Zusatzversicherung, so sind die Behandlungskosten privat zu finanzieren.
- Privat Krankenversicherte mit Voll- oder Zusatzversicherung **können** einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Dieser ist **vor** Beginn der Therapie von der Patientin /dem Patienten abzuklären. Ebenso hat diese(r) das Erstattungsverfahren mit ihrer/seiner Privatkrankenversicherung (PKV) stets eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt die Therapeutin der Patientin / dem Patienten aus.
- Die Erstattungen der PKV oder ggf. der staatlichen Beihilfe sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen den Beträgen aus dem Gebührenverzeichnis und dem vertraglich vereinbarten Heilpraktiker-Honorar sind von der Patientin / dem Patienten zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das hier vereinbarte Honorar. Der Honoraranspruch der Therapeutin ist von der Patientin / vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

### § 4 Ton- und Bildaufzeichnungen sowie Kommunikation

Bei Fernsitzungen bedarf es für Aufzeichnungen im Rahmen der Sitzung, in jedem Fall der Zustimmung beider Seiten.

Ich stimme der Aufzeichnung von Fernsitzungen generell zu:    ( ) ja    ( ) Nein

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin (und aller Erziehungsberechtigten)

Ich wünsche die weitere Kommunikation meine Therapie betreffend außerhalb meines Behandlungstermins

Per E-Mail :  ja  Nein

Per WhatsApp:  ja  Nein

Per SMS :  ja  Nein

Andere: \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass die gewählten Kommunikationskanäle je nach Anbieter Sicherheitslücken aufweisen können und es zu Datenschutzverletzungen kommen kann und gehe das Risiko bewusst ein. Deshalb sollen über die von mir gewünschten Kommunikations-Kanäle nur die nachfolgenden Dinge kommuniziert werden:

**Alle** Informationen meine Therapie betreffend  E-Mail,  SMS,  Whatsapp

Erinnerungen an bevorstehende Termine  E-Mail,  SMS,  Whatsapp

Terminvereinbarungen  E-Mail,  SMS,  Whatsapp

Aufnahmen zur Selbsthypnose  E-Mail,  SMS,  Whatsapp

Bilder und Ergebnisse aus den Sitzungen  E-Mail,  SMS,  Whatsapp

Antworten auf meine gezielten Fragen  E-Mail,  SMS,  Whatsapp

**Insbesondere Unterlagen zur Anamnese, Diagnostik und Arztberichte sowie Rechnungen und Dateien mit personenspezifischen Daten werden verschlüsselt mit einem Passwort versehen ausnahmslos per E-Mail versendet. ZUm Öffnen dieser Dateien ist ein Passwort erforderlich. Mein gewünschtes Passwort lautet**

---

## § 5 Ausfallhonorar

Werden fest vereinbarte Behandlungstermine von der Patientin / dem Patienten versäumt, ist die Therapeutin berechtigt, ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht, in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht, wenn der Termin mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne die Patientin / der Patient ohne eigenes Verschulden am Erscheinen verhindert war. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens .

## § 6 Gerichtsstand

Meinungsverschiedenheiten sollten gütlich beigelegt werden. Beschwerden, Gegenvorstellungen oder abweichende Meinungen sollten immer schriftlich der anderen Partei vorgelegt werden. Bei Meinungsverschiedenheiten aus dem Behandlungsvertrag, die trotz beiderseitigen Bemühungen nicht gütlich beigelegt werden, ist der Gerichtsstand die Praxisanschrift.

## § 8 Schlussbestimmungen

Die Behandlung, auch Fernberatung enthebt die Patientin / den Patienten nicht, die volle Verantwortung für ihre/seine Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichtet sich die Patientin / der Patient sich zeitnah zu melden.

Für diesen Behandlungsvertrag, bzw. dessen Durchführung gilt ausschließlich deutsches Recht. Abweichende Vereinbarungen zu diesem Behandlungsvertrag sind nur dann wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart wurden.

Hiermit stimme ich dem Behandlungsvertrag zu.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin (und aller Erziehungsberechtigten)

## § 9 Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung (DS-GVO)

In der Praxis können wir nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) die angebotenen Dienstleistungen korrekt, schnell und wirtschaftlich erbringen.

Nach Artikel 9 des „Code of Conduct“ (CoC) können folgende Stammdaten von Patienten verarbeitet werden (Beispiel):

- Name, Adresse, Geburtsdatum
- Kundennummer, Versicherungsnummer(n)
- vergleichbare Identifikationsdaten
- Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten
- Angaben zur Werbesperre oder Werbeeinwilligung
- Sperren für Markt- und Meinungsforschung
- Daten zur Abgabe in ISH zur digitalen Abrechnung

Dies geschieht nur, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung des Code of Conduct (CoC) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

Hinweis: Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Telefon- und Video-Sprechstunden sowie der von mir hier gewählten und zugelassenen Kommunikationswege außerhalb der Therapiestunde die Sicherheit der gewählten Kanäle seitens der Praxis nicht gewährleistet werden kann und versichere hiermit, die Praxis nicht regresspflichtig zu machen, falls es aufgrund von etwaigen Sicherheitslücken zu unbefugtem Informationsfluss durch Dritte kommen sollte. Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht des Therapeuten und der Praxis jedoch bleiben hiervon unberührt.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DS-GVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung.

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

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

## **Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß § 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DS-GVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach der gesetzlichen Frist 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, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.