



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 **82,50 € je 55 Minuten Therapiesitzung**. Längere Sitzungen werden anteilig berechnet. Ratenzahlungen von mind. 50 € monatlich sind möglich. Telefongespräche zwischen den vereinbarten Therapiesitzungen sowie vereinbarte Elterngespräche werden mit 1,50 € je Minute abgerechnet. Bei Hausbesuchen werden die Fahrtkosten in Höhe von 0,35 € je gefahrenem km in Rechnung gestellt. Patienten/ Befundberichte werden einmalig pauschal mit 20 € 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

Die Patient:innen werden auf folgende Punkte hingewiesen:

a.) Die Behandlung ersetzt eine ärztliche Diagnose und Therapie **nicht** vollständig. Sofern ärztlicher Rat und weitere Diagnostik und Therapien erforderlich sind, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird dies angesprochen und eine ergänzende Behandlung durch eine(n) qualifizierte(n) Arzt:in/Therapeut:in empfohlen und in dringenden Fällen veranlasst. Sollte zum Zwecke der Erstellung einer ärztlichen Diagnose oder einer ergänzenden Behandlung ein fachlicher Austausch an Informationen notwendig sein, wird die Therapeutin hiermit von ihrer Schweigepflicht gegenüber diesen Ärzt:innen und/oder Therapeut:innen von der Patient:in und den Erziehungsberechtigten und/oder Bevollmächtigten entbunden.

---

( Unterschrift Patient:in und aller Erziehungsberechtigten und/oder Bevollmächtigten)

b.) Eine weitere schriftliche Einwilligung zur Entbindung der Therapeutin von ihrer Schweigepflicht ist immer dann erforderlich, wenn die Erteilung einer Auskunft der Therapeutin über 3a.) hinaus an weitere Dritte erfolgen soll ( z.B. Gespräche mit weiteren Familienangehörigen, Arbeitgebern, Schulleitern, Arbeitsamt, Erstellung von Patientenberichten für die Krankenversicherung oder Rentenversicherungsträger) Die Auskunftsberechtigten sind von der Patient:in und/oder den Erziehungsberechtigten und/oder den Bevollmächtigten dann namentlich zu benennen.

- Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) lehnen die Kostenübernahme der Behandlungskosten von Heilpraktiker:innen für Psychotherapie in der Regel ab. Die Behandlungskosten sind privat zu finanzieren.
- Privat Krankenversicherte mit Voll- oder Zusatzversicherung **können** einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren ist seitens der Patient:innen eigenverantwortlich mit der Privatkrankenversicherung (PKV) durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt die Therapeutin aus.
- Die Erstattungen der PKV oder ggf. der staatlichen Beihilfe sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker:innen beschränkt und fallen deutlich niedriger aus. Der Honoraranspruch der Therapeutin ist 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 der Patient:in (und aller Erziehungsberechtigten / Bevollmächtigten)

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 könnten und es zu Datenschutzverletzungen kommen kann und gehe das Risiko bewusst ein. Die Therapeutin wird schadlos gehalten. Über die von mir gewünschten Kommunikations-Kanäle sollen 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 und versendet. Zum Öffnen dieser Dateien ist ein Passwort erforderlich. Mein gewünschtes Passwort lautet**

## **§ 5 Ausfallhonorar**

Werden fest vereinbarte Behandlungstermine von der/dem Patient:in 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 der/die Patient:in 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 der/die Patient:in nicht, die volle Verantwortung für seine/ihre Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichtet sich der/die Patient:in 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/der Patient:in (und aller Erziehungsberechtigten/Bevollmächtigten)

## § 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.