

Vereinbarung zur psychotherapeutischen Behandlung

Personendaten: (PatientIn)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail _____

Bei Minderjährigen:

Name der Eltern: _____

Abweichende Adresse der Eltern: _____

Psychotherapeutische Behandlung

Der Patient / die Patientin beauftragt den Therapeuten mit der Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung einschließlich der hierzu notwendigen Diagnostik.

Terminvereinbarung und Honorar

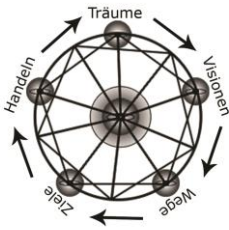
Die Behandlungsstunde dauert 60 Minuten. Das Honorar der Behandlungsstunde wird nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebueH) in Höhe von€/Std vereinbart.

Sonderregelung/-vereinbarung Honorar/Paketpreis:

Die Behandlungskosten fallen auch an, wenn der Patient / die Patientin den Termin nicht wahrnimmt. Eine kostenfreie Terminabsage oder -verschiebung ist bis 24 Stunden vor dem Termin möglich.

Kostenübernahme Krankenkasse

Die Kosten der Behandlung werden in der Regel nicht von den gesetzlichen, wohl aber von den privaten Krankenkassen übernommen, wenn dies vertraglich vorgesehen ist. Im Falle privater Versicherung klärt der Patient / die Patientin die Kostenregulierung mit der Krankenkasse eigenständig ab, wobei ihn / sie der Therapeut unterstützt und gegebenenfalls entsprechenden Antrag zur Kostenübernahme an die Krankenversicherung stellt. Der Patient / die Patientin ist damit einverstanden, dass der Therapeut zum Zweck der Kostenregulierung durch die Krankenkasse anonymisierte Behandlungsdaten an die Krankenkasse bzw. an von dieser beauftragten Gutachter senden kann.



**Praxis Heiko Wagner – Heilpraktiker für Psychotherapie
Hypnosetherapeut – Beratung – Coaching - Therapie**

Therapeutische Betreuung

Der Therapeut setzt alle seine Bemühungen für die Belange des Patienten / der Patientin ein, ist für den Patienten / die Patientin in Rahmen seiner Möglichkeit während der Behandlungsdauer erreichbar (regelmäßig abgehörter Anrufbeantworter), setzt den Patienten / die Patientin über den Therapieprozess in Kenntnis, informiert den Patienten / die Patientin frühzeitig über Urlaubsregelungen und vertritt die allgemeinen Therapie-Grundsätze (Ethik, Qualitätssicherung, ständige Weiterbildung, laufende Supervision).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird. Meine Therapie ersetzt nicht den Arzt. Sollten Sie sich aktuell in einer ärztlichen Behandlung befinden, brechen Sie diese keinesfalls ohne vorherige Rücksprache mit Ihrem behandeltem Arzt ab.

Unterschrift des Klienten (bei Minderjährigen ab 14 Jahren)

(Erziehungsberechtigte)

(Erziehungsberechtigte)

Unterschrift des Behandlers