



Behandlungsvertrag Einzeltherapie

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE

TELEFON | MOBIL

PLZ

WOHNORT

E-MAIL-ADRESSE

Ich nehme bei Kathrin Schartow eine einzeltherapeutische Behandlung in Anspruch. Dabei können außer den wissenschaftlichen anerkannten auch solche Verfahren Anwendung finden, denen eine schulmedizinische Anerkennung fehlt und den Regeln der Alternativmedizin folgen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass diese Behandlung keine Untersuchung durch einen Arzt ersetzt und dass ich bei auftretenden Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert bin, selbständig einen Arzt zu konsultieren. Die Behandlung ersetzt keine ärztliche Diagnose und Therapie vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird sofort eine Weiterbehandlung durch einen Arzt empfohlen. Ein Heilpraktiker für Psychotherapie darf weder verschreibungspflichtige Medikamente verordnen noch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen.

Das Honorar für die Behandlung beträgt 80 € für 60 Minuten (90 Minuten: 110 €). Die Rechnung ist innerhalb von 7 Tagen nach Erhalt privat zu begleichen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Anspruch auf Erstattung durch die Krankenkassen (privat oder gesetzlich) besteht.

Fest vereinbarte Behandlungstermine können 48 h vorher, notfalls 24 h vorher, abgesagt werden. Erfolgt die Terminabsage nicht in den genannten Zeiträumen, wird ein Ausfallhonorar von 50 € in Rechnung gestellt. (Ausnahmen: plötzlicher Unfall / nachvollziehbare akute Erkrankung) Bitte die gesamte Kommunikation über WhatsApp laufen lassen, da ich diese am häufigsten lese, auch bezüglich Verspätungen.

Ich gebe hiermit das Einverständnis, dass die in der Behandlung erhobenen und besprochenen Sachverhalte notiert und auch mittels Aufnahmegerät aufgenommen werden dürfen sowie auf einem Datenträger vor dem Zugriff Dritter abgespeichert werden können. Sämtliche Daten, Befunde sowie Gespräche unterliegen der Schweigepflicht. Einer anonymisierten Verwendung der erhobenen Daten im Rahmen von Supervision und Fortbildung wird zugestimmt. Als Klient kläre ich über weitere im Zusammenhang stehende Behandlungen auf, unterrichte über meine Medikation sowie alle weiteren relevanten Umstände, auch über Änderungen meines Gesundheitszustandes.

Die Behandlung enthebt den Klienten nicht davon, die volle Verantwortung für seine Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichtet sich der Klient, sich zeitnah zu melden. Der abgeschlossene Behandlungsvertrag kann jederzeit mündlich oder schriftlich gekündigt werden.

DATUM

UNTERSCHRIFT KLIENT/KLIENTIN

