

## Behandlungsvertrag und Datenschutzvereinbarung (DSGVO) inkl. Fernberatung

zwischen

Heilpraktiker/in für Psychotherapie

Name, Vorname      Carola Graf

Praxisanschrift      Lindenstraße 2

PLZ, Praxisort      74245 Löwenstein-Höblinsülz

und

Name, Vorname      .....

Geburtsdatum      .....

Anschrift      .....

PLZ, Wohnort      .....

E-Mail      .....

Telefonnummer      .....

Kostenträger      .....

### § 1 Vertragsgegenstand

Der Patient/die Patientin nimmt bei dem Therapeuten/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 Alternativ-medicin folgen. Die Behandlung kann in Form einer persönlichen Begegnung in der Praxis, bei einem Hausbesuch oder auch in Form einer Videosprechstunde erfolgen.

## **§ 2 Honorar, Kostenerstattung, Behandlungsdauer**

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von ..... Euro/Behandlung (i.d.R. 60 Minuten). Bei längeren Sitzungen werden angebrochene Stunden anteilig berechnet.

- Das Honorar ist unmittelbar zu Zahlung fällig und ist ohne Abzug nach Erhalt der Rechnung zu begleichen.
- Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar im Anschluss an die Sitzung in bar gegen Quittung zu zahlen.
- Das Honorar bei Videosprechstunden ist im Voraus an den Therapeuten/die Therapeutin zu überweisen.
- Das unverbindliche Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 wird nicht angewendet
- Das unverbindliche Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 wird angewendet.

## **§ 3 Aufklärung / Hinweise**

- (1) Die Behandlung ersetzt eine ärztliche Diagnose und Therapie nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird sofort eine Weiterbehandlung durch einen Arzt/eine Ärztin veranlasst.
- (3) Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernehmen keine Behandlungskosten von Heilpraktiker\*innen.
- (4) Versicherte bei privaten Krankenkassen mit Voll- oder Zusatzversicherung können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Der Erstattungsanspruch gegenüber einem Kostenträger ist vor Beginn der Therapie von dem Patienten/der Patientin eigenverantwortlich zu klären und durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker/die Heilpraktikerin dem Patienten/der Patientin (bei beihilfeberechtigten Personen in doppelter Ausfertigung) aus.
- (5) 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 dem Patienten/der Patientin zu tragen. Die Ergebnisse

sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Therapeuten/der Therapeutin ist von dem Patienten/der Patientin unabhängig von jeglicher Versicherungsleistung und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

#### **§ 4 Videosprechstunde**

In geeigneten Fällen und unter bestimmten Voraussetzungen kann die Beratung im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen. Zur Wahrung datenschutzrechtlicher Anforderungen wird eine Beratung mit Hilfe der Videosprechstunde über einen sicheren Videodienstanbieter erbracht. Durch diesen Anbieter wird gewährleistet, dass die Videoberatung während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist und die Beratung nicht aufgezeichnet werden kann.

#### **§ 5 Ausfallhonorar**

Versäumen Patient\*innen einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schulden Sie dem Heilpraktiker/der Heilpraktikerin ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn Patient\*innen mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagen oder ohne ihr Verschulden am Erscheinen verhindert waren. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker/die Heilpraktikerin.

#### **§ 6 Schweigepflicht**

Alle Mitarbeiter\*innen unterliegen der Schweigepflicht. Im Falle eines Auskunftersuchens z.B. durch Kostenträger, Bezugspersonen oder Arzt\*innen muss der/die Heilpraktiker/in schriftlich durch den Patienten/die Patientin von der Schweigepflicht entbunden werden.

#### **§ 7 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 bzw. Videosprechstunde enthebt Patient\*innen nicht, die volle Verantwortung für seine/ihre Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen

Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichten sich Patient\*innen, 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.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Patient/in)

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Heilpraktiker/in)

## § 9 Einwilligungserklärung gemäß DS-GVO in die Verarbeitung von Daten

Vor- und Nachname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

PLZ, Wohnort .....

Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung (nach §630 Abs.1 BGB) ein. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann.

### Ihre Rechte

Der/die Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf kann per E-Mail, Fax oder postalisch an mich/uns übermittelt werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Außerdem haben Sie das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Patient/in)