

AGB's

Maren Schatzmann Spitzenkamp 15a 24149 Kiel

Heilpraktikerin für den Bereich Psychotherapie

§ 1 Gegenstand: Als Besucher in meiner Praxis, können Sie eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen. Weder eine Psychotherapie noch ein Coaching ersetzen eine gründliche körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt. Sie sind bei Beschwerden mit Krankheitswert ausdrücklich aufgefordert, sich in die Behandlung eines Arztes zu begeben.

Ihr konkretes Behandlungsziel wird zu Beginn der Arbeit definiert. Die Behandlung zielt darauf ab, Sie darin zu unterstützen, psychische und psychosoziale Probleme zu überwinden, Klarheit über Ihre weitere Zukunft zu gewinnen, Ressourcen für die Zielerreichung zu aktivieren und Sie bei Veränderungen in Ihrem beruflichen und privaten Alltag professionell zu begleiten.

§ 2 Therapie- und Beratungserfolg: Die Therapeutin kann den gewünschten oder geplanten Erfolg oder das Erreichen vereinbarter Ziele in der gemeinsamen Arbeit nicht garantieren. Beide Parteien arbeiten jedoch nach bestem Wissen und Können daran, dass möglichst bald ein Therapie- und Beratungserfolg eintritt.

§ 3 Honorar: Ich rechne nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker ab. Mein Honorar beträgt 120Euro die Stunde.

Auch das sogenannte Erstgespräch ist kostenpflichtig und beträgt 135 Euro.

Sollten Termine inkl. Erstgespräch nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, berechne die volle Summe als Ausfallhonorar. Bei Terminverschiebungen entfällt das Hausfallhonorar.

Ein Paket von 3 Sitzungen beträgt 330 Euro für Selbstzahler. Sollte ein vorzeitiger Abbruch der Therapie dazu führen, dass Sitzungen im 3er Paket nicht wahrgenommen werden, berechne ich die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen mit einem Stundenhonorar von 120 Euro. Die Restsumme zahle ich dann zurück.

Die Bezahlung erfolgt entsprechend der Vereinbarung nach jeder Sitzung in bar oder nach schriftlicher Rechnungslegung. Der Honorarbetrag ist dann innerhalb von 3 Tagen per Banküberweisung zu zahlen.

§ 4 Kostenerstattung: Als Heilpraktikerinnen für Psychotherapie besitze ich generell keine Zulassung zu den gesetzlichen Krankenkassen. Das hat zur Folge, dass jeder Patient und jede Patientin selbst sowohl für die Informationsbeschaffung als auch für die Beantragung eventueller Kostenerstattungs- und Kostengenehmigungsverfahren verantwortlich ist. Meine Mitwirkung beschränkt sich ausdrücklich darauf, Ihnen ggf. einen Kostenplan sowie eine Abrechnung nach dem GebüH zu erstellen. Eine Nichterstattung oder nur Teilerstattung von einem Kostenträger (Privatkrankenkasse) hat keinerlei Einfluss auf das vereinbarte Honorar und die daraus resultierenden Kostenforderungen seitens der Praxis für Hypnose und Psychotherapie.

§ 5 Termine und Ausfallhonorar: Mit der Vereinbarung eines Termins in meiner Praxis gehen Sie eine vertragliche Beziehung mit mir ein. Nehmen Sie den vereinbarten Termin

ohne Abmeldung nicht wahr, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 120 Euro fällig. Diese Zahlungsverpflichtung entfällt, wenn der Termin mindesten 2 Werktage zuvor abgesagt wurde.

§ 6 Behandlungsdauer und Kündigung: Die Dauer und Termine der Sitzungen werden zwischen den Vertragspartnern im Erstgespräch und nachfolgend im beiderseitigen Einvernehmen mündlich vereinbart. Der Behandlungsvertrag endet, wenn ein Partner sich dafür entscheidet.

§ 7 Schweigepflicht: Die Praxis für Psychotherapie unterliegt der Schweigepflicht und muss für den Fall der Auskunftserteilung an Kostenträger oder familiäre Bezugspersonen von dieser Schweigepflicht schriftlich durch den Patienten entbunden werden. Von der Schweigepflicht ausgenommen sind generell die Vereitelung oder Verfolgung von mutmaßlichen Straftaten und der Schutz höherer Rechtsgüter. Die Schweigepflicht in einer Praxis von Heilpraktikern schließt nicht das Zeugnisverweigerungsrecht ein, dass bei einer Psychotherapie, bei einem psychologischen Psychotherapeuten oder einer ärztlichen Behandlung in Kraft treten würde.

§ 8 Zusatzvereinbarungen: **Mit Ihrer Unterschrift auf dem Honorarvertrag oder einer schriftlichen Einverständniserklärung per Email, bestätigen Sie Ihr Einverständnis zu einer Behandlung oder Beratung auf der Grundlage dieser allgemeinen Geschäftsbedingungen.**

§ 9 Die Behandlung in meiner Praxis enthebt Sie nicht davon, die volle Verantwortung für Ihre Handlungen selbst zu übernehmen. Bei möglichen Störungen verpflichten Sie sich hiermit, mich darüber zeitnah zu informieren und gemeinsam nach Abhilfe zu suchen.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten _____