

Behandlungsvertrag – Heilpraktikerin für Psychotherapie

Frau/ Herr (nachfolgend Klient/in/ Klienten genannt)

Name, Vorname Geburtsdatum Tel./ oder Handy- Nummer	
bei einer Paarberatung Name Ehepartner*in Geburtsdatum Tel./ Handy- Nummer	
Name des angemeldeten Kindes, Geburtsdatum	
Anschrift ggf. abweichende Adresse	

und

Frau

Sandra Nachtweh- Heilpraktikerin für Psychotherapie-

Thilingstr. 6 in 38642 Goslar

Tel 05321-82889 Handy 0160-7733149 E-Mail s.nachtweh@web.de

schließen folgenden Behandlungsvertrag (Stand Juni 2021)

§ 1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine beratende, kinesiologische, psychotherapeutische, Energie transformierende wie auch Reflex integrative Behandlung des/ der Klienten. Diese umfasst u. a. auch wissenschaftlich oder schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

Heilpraktiker für Psychotherapie nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Gesetzlich Versicherte erhalten daher grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.

Erstkontakt	60 bis max. 120 Minuten	160,00€	Mit Vorlegen der Familienkarte des Landkreises Goslars erhalten Sie € 5,-- Rabatt pro Sitzung! Das Honorar ist bei
Folgesitzungen	60 Minuten*	95,00€	
RIT- Reflexintegrationstraining	50 Minuten	80,00€	
Paarberatung	60 Minuten*	110,00€	
Bioenergetische Harmonisierung mit dem Healy;	14 Tage (10x individuelle Frequenzenergie für zu Hause)		
Zoom – Onlinecoaching	60 Minuten*	95,00€	
*verlängerter Zeitrahmen	je angefangene 15 Minuten	25,00€	

Erstkontakt im Anschluss bar, per PayPal (Freundschaftsüberweisung an s.nachtweh@web.de) oder per Vorab- Überweisung bis 2 Tage vor der Terminvereinbarung auf folgendes Konto zu begleichen: VOLKSBANK NORDHARZ EG, IBAN: DE63 2689 0019 2016 7695 00 BIC: GENODEFIVNH

Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Klienten können ggf. einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung/ Beihilfe haben. Das Erstattungsverfahren hat der/die Klient/in gegenüber der Versicherung/Beihilfe eigenverantwortlich durchzuführen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren lassen den Honoraranspruch der Heilpraktikerin für Psychotherapie gegenüber dem/der Klient/in unberührt. Das Honorar berechnet sich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH).

§ 3 Ausfallhonorar

Versäumt die Klientin/ der Klient/ die Klienten einen vereinbarten Behandlungstermin, so wird/ werden ihr/ ihm/ ihnen dieser mit € 160,00 bzw. € 95,00 oder € 80,00 in Rechnung gestellt (s.o.) Dies gilt nicht, wenn der Klient/die Klientin mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt (per Telefon/ Anrufbeantworter, E-Mail).

§ 4 Datenschutz

Die folgende Einverständniserklärung zur Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung, Speicherung von Klienten-Daten ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

Patientendaten Einverständniserklärung

„Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten“

Der Klient/die Klientin/ die Klienten wurde(n) davon in Kenntnis gesetzt, dass im Rahmen dieses Vertrages Daten über seine/ihre Person sowie für die Behandlung notwendigen Anamnese-Daten im Rahmen der Datenschutzerklärung gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden. Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie sind nicht verpflichtet, diese Einwilligung zu erteilen. Erteilen Sie diese Einwilligung nicht, kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch die Verantwortliche erfolgen.

- Die Datenschutzerklärung wurde mir/ uns ausgehändigt, ich/ wir stimme(n) der Verarbeitung zu.
- Ich/ Wir stimme(n) der Datennutzung für die Analyse und Quantenmethode mittels Healy (bioenergetische Harmonisierungen mit Frequenzen) für mich/ uns/ mein Kind zu.
- Ich/ Wir willige(n) ferner ein, dass mir/ uns Frau Sandra Nachtweh, per E-Mail/ Telefon/ SMS* Informationen und Angebote zum Zwecke der Werbung übersendet.
(*bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen)

X Meine/ Unsere **E-Mail- Adresse** lautet: _____

- Ich stimme der Kommunikation per What`s App zu, um Termine zu vereinbaren oder Informationen auszutauschen, die für die Behandlung relevant sind.



- Ich willige, nach vorheriger Absprache, einer **tiergestützten Therapie** mit Therapiebegleithündin Nila zu. Ich habe nichts dagegen, wenn sich die Hündin im Praxisraum aufhält.
- Ich bin allergisch gegen Hundehaare
- Ich habe sehr große Angst vor Hunden

X _____
Datum/ Unterschrift*en Klient/in/ beider Klienten bzw. gesetzlicher Vertreter/in

Datum/ Unterschrift S. Nachtweh (Heilpraktikerin für Psychotherapie)