

Einverständniserklärung

Klient/in

Name: _____ Geb.: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

und

die Heilpraktikerin
-beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie-

Sarah Riedel
Försterweg 5
22525 HH/Stellingen
Mobil: 01517 20 136 735
riedel@die-aussprache.de

schließen folgenden

Dienstleistungsvertrag

Vertragsgegenstand:

Der Klient nimmt eine telefonische psychologische Betreuung/ Beratung in Anspruch.
Die Häufigkeit der in Anspruchnahme kann individuell angepasst werden.

Honorar / Kosten:

Das Honorar für das Telefonat berechnet sich nach dem Zeitaufwand der Betreuerin.
Sie erhält hierfür eine Vergütung in Höhe von 30 € je 30 min und 50 € je voller Stunde
(Abweichungen sind nach Vereinbarung möglich).

Die Begleichungen der Kosten sind unmittelbar (spätestens 1 Woche) nach dem vereinbarten Telefonat per Überweisung vorzunehmen.

Aufklärung / Hinweise:

Der Klient wird darauf hingewiesen, dass die Betreuung eine psychologische oder med.

Therapie nicht ersetzt.

Es werden auch keine therapeutischen Maßnahmen oder Ferndiagnosen gestellt.
Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die Heilpraktikerin unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt / Psychologen empfehlen / veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn der Heilpraktikerin aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine weitere Betreuung nicht möglich ist.

Für die Erteilung einer Auskunft der Heilpraktikerin an Dritte, ist die schriftliche Einwilligung des Klienten erforderlich.

Die Kosten für die psychologische Betreuung werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen sowie von den Privatkassen übernommen. Der Klient hat die Kosten selbst zu tragen.

Datenschutz:

Die folgende Einverständniserklärung zur Erhebung / -Verarbeitung / -Übermittlung der Klientendaten ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

Einverständniserklärung Datenerhebung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation gespeichert werden. Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Betreuung nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.

Datum:

.....
Unterschrift Heilpraktikerin

.....
Unterschrift Klient/in