



## Stammblatt

– Anlage zum Behandlungsvertrag –

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt, Name, Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psychiater, Neurologe, Name, Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie organische Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Haben Sie bereits eine Psychotherapie gemacht oder waren in ambulanter psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

---

---

Waren Sie bereits in stationärer psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wo und wie lange?

---

---

---

Was erwarten Sie von der Behandlung? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

---

---

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## BEHANDLUNGSGSVERTRAG

zwischen

Tanja Bußmann

Gerhart-Hauptmann-Str. 49b

51379 Leverkusen

Telefon/Mail: 0163-2616958, [info@help-your-soul.de](mailto:info@help-your-soul.de)

(im Folgenden Therapeutin genannt)

und

Frau /Herrn

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

(Im Folgenden Klientin/Klient genannt)

wird nachfolgender Behandlungsvertrag geschlossen:



## **§1 Vertragsgegenstand**

Die Klientin/der Klient nimmt bei der Therapeutin eine Psychotherapie in Anspruch. Gegenstand des Behandlungsvertrages ist ein von der Klientin/dem Klienten geäußertes Anliegen oder Klientin/Klient und Therapeutin definieren gemeinsam das Anliegen. Die gemeinsame Arbeit umfasst Gespräche und auf Wunsch auch andere Arbeitsmethoden. Die Therapie dient der Überwindung psychosozialer Probleme, der Partnerschaftsprobleme, der Persönlichkeitsentwicklung, der Zielbildung und Ressourcenaktivierung oder der Begleitung privater, schulischer, beruflicher Konflikte, Probleme und Umstellungen sowie Veränderungsprozessen.

## **§2 Behandlungserfolg**

Die Therapeutin kann den gewünschten oder geplanten Erfolg oder das Erreichen vereinbarter Ziele in der gemeinsamen Arbeit nicht garantieren. Die Therapie ist ein freier, aktiver und selbstverantwortlicher Prozess, bei dem die Therapeutin der Klientin/dem Klienten als Prozessbegleiterin zur Verfügung steht. Beide Parteien, insbesondere die Klientin/der Klient, arbeiten nach bestem Wissen und Können daran, einen Therapieerfolg zu erzielen. Die Therapeutin setzt hierfür alle ihr zur Verfügung stehenden klientspezifischen Therapieverfahren und Kommunikationsmethoden zum Nutzen der Klientin/des Klienten ein. Die Bestimmung der angestrebten Ziele, die Wahl der Gesprächsthemen und die Umsetzung der erarbeiteten Lösungsschritte bleiben in der Verantwortung der Klientin/des Klienten.

## **§3 Therapiedauer und Kündigung**

Die Therapiedauer richtet sich nach den Bedürfnissen der Klientin/des Klienten. Es erfolgt keine Festlegung eines bestimmten Stundenkontingents, das in Anspruch genommen werden muss. Um bestimmte Ziele anzustreben, sollten



aber Therapiestunden in einem Umfang von mehreren Sitzungen stattfinden (siehe auch § 4 Honorartabelle). Der Behandlungsvertrag kann jederzeit ohne Begründung am Ende eines Therapiegespräches mündlich oder mit einer Frist von drei Arbeitstagen formlos schriftlich oder per E-Mail gekündigt werden. Nach Kündigung ist ein abschließender Gesprächstermin wünschenswert.

#### **§4 Honorartabelle**

Einzeltherapie:	60 Minuten	95 €,	ab 19:00 Uhr 105 €
Paartherapie:	90 Minuten	180 €,	ab 19:00 Uhr 190,00 €

Termine am Wochenende nach Vereinbarung.

Bei Preisänderungen: es gelten immer die aktuellen Preise auf der Homepage.

Das Honorar ist in bar oder mit EC-Karte am Ende des jeweiligen Therapietermins zu zahlen.

Die therapeutische Leistung ist nach § 4 Nr. 14 UstG von der Umsatzsteuer befreit.

Eine Krankenkassenabrechnung ist grundsätzlich nicht möglich.

Eine Quittung/Rechnung über den gezahlten Betrag wird per Email versendet.

Abweichungen bezüglich der Dauer einer Therapieeinheit sowie des damit verbundenen Honorars sind nach schriftlicher Vereinbarung möglich. Wenn die Therapie außerhalb der Praxis z.B. in den Räumlichkeiten der Klientin/des Klienten stattfinden soll, entstehen zusätzliche Kosten durch An- und Abfahrten der Therapeutin.

#### **§5 Terminvereinbarungen und Ausfallhonorar**

Die einzelnen Termine für die Therapiesitzungen werden individuell im Voraus zwischen der Therapeutin und der Klientin/dem Klienten vereinbart.



Vereinbarte Termine sind verbindlich und honorarpflichtig. Wenn die Klientin/der Klient den vereinbarten Termin ohne rechtzeitige Abmeldung nicht wahrnimmt, muss ein Ausfallhonorar an die Therapeutin entrichtet werden: weniger als 48 Stunden vor dem Termin das halbe Honorar, weniger als 24 Stunden vor dem Termin das volle Honorar. Liegt ein Wochenende dazwischen, zählen nur die Werktage. Ausnahmen hiervon gelten, wenn der Termin aufgrund eines schwerwiegenden Ereignisses kurzfristig ausfallen muss. Auch in diesem Falle muss die Klientin/der Klient jedoch die Therapeutin so bald als möglich vom Ausfall in Kenntnis setzen. Bei einer krankheitsbedingten Absage seitens der Therapeutin ist dies unverzüglich der Klientin/dem Klienten mitzuteilen. Ein neuer Termin wird dann in gegenseitigem Einverständnis vereinbart. Bei Absage der Therapiestunde durch die Therapeutin wird kein Honorar fällig.

## §6 Schweigepflicht

Die Therapeutin verpflichtet sich, gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren. Die Schweigepflicht beginnt bereits bei dem Erstkontakt. Auskunftserteilung gegenüber Dritten (auch des Partners in der Paarberatung) darf nur erfolgen, wenn die Klientin/der Klient hierzu vorab schriftlich das Einverständnis erklärt hat. Diese Verpflichtung gilt auch über die Beendigung der jeweiligen Therapie hinaus. Die Schweigepflicht betrifft jedoch nicht die Vereitelung oder Verfolgung von mutmaßlichen Straftaten oder den Schutz höherer Rechtsgüter und schließt nicht das Zeugnisverweigerungsrecht ein, das bei einer Psychotherapie oder einer ärztlichen Behandlung in Kraft treten würde. Im Falle **der Ankündigung suizidaler Handlungen und fehlender Fähigkeit / Bereitschaft** zur Aufnahme des Kontaktes mit einem Facharzt, Therapeuten oder einer Klinik wird die Therapeutin unverzüglich die zuständigen Behörden einschalten, um eine Gefährdung der Klientin/des Klienten möglichst abzuwenden.



## **§7 Aufzeichnung zur Qualitätskontrolle**

Die Klientin/der Klient stimmt der Aufzeichnung der Sitzungen in Form von Tonaufzeichnung, Video oder Mitschrift ausdrücklich zu und gestattet der Therapeutin die Verwendung dieser Aufzeichnungen zum Zwecke der eigenen Fort- und Weiterbildung bzw. der qualitätssichernden Therapiekontrolle.

## **§8 Schriftform**

Ergänzungen und Änderungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.

## **§9 Gesundheitszustand und Verantwortung der Klientin/des Klienten**

Die Klientin/der Klient versichert, dass sie/er an keiner Erkrankung oder Störung leidet, die ihre/seine Geschäftsfähigkeit beeinträchtigen oder einer psychologischen/psychosozialen Beratung oder Therapie aus medizinisch-psychologischen Gründen zurzeit entgegenstehen.

## **§10 Dokumentation und Datenschutz**

Die Therapeutin dokumentiert und archiviert den Verlauf und relevante Erkenntnisse der Therapiesprache. Hierzu gehören Anamnesebogen, themenspezifische Fragebögen und Notizen zu Inhalten, Ergebnissen und Vereinbarungen aller Therapiesprache. Ebenso speichert die Therapeutin die personenbezogenen Daten der Klientin/des Klienten soweit es zur Rechnungsstellung und Buchführung erforderlich ist. Die Therapeutin verpflichtet sich, alle Dokumente nur ihr zugänglich aufzubewahren. Die Klientin/der Klient erklärt sich mit der Erhebung und Archivierung der entsprechenden Daten einverstanden.



## **§11 Gerichtsstand, Haftung, Selbstverantwortlichkeit**

Der Gerichtsstand ist Bergisch Gladbach. Die Therapeutin haftet gegenüber der Klientin/dem Klienten nur in Höhe des gezahlten Behandlungshonorars für alle Schäden, die tatsächlich und nachweisbar aus der gemeinsamen Arbeit entstehen. Die Klientin/der Klient erkennt an, dass sie/er während des gesamten Therapieverlaufs, sowohl während des einzelnen Therapiesgespräches als auch während der Zeit zwischen den einzelnen Therapieterminen in vollem Umfang selbst verantwortlich für ihre/seine körperliche und geistige Gesundheit ist. Sie/er erkennt an, dass alle Schritte und Maßnahmen, die im Rahmen der Therapiesgespräche von ihr/ihm unternommen werden, nur in ihrem/seinem eigenen Verantwortungsbereich liegen. Sie/er verpflichtet sich, die Therapeutin über Handlungen mit weit reichenden Konsequenzen zu informieren und diese im Voraus mit der Therapeutin zu besprechen.

## **§12 Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt der Vertrag im Übrigen gültig.

## **§13 Videosprechstunde**

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





## §15 Abschlussgespräch

Gleich, wann oder warum die Therapie beendet werden soll, ist ein abschließendes Gespräch wünschenswert, um rückblickend den Therapieverlauf, Veränderung und Entwicklung, Zufriedenheit und Kritik etc. zu reflektieren, um einen Gesamtblick zu bekommen und einen runden Therapieabschluss zu erhalten.

Ort, Datum

Leverkusen,

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Therapeutin

---

Tanja Bußmann

Unterschrift Klient/in

---

Unterschrift Klient/in



## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

In meiner Praxis werden vor und während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in meiner Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Tanja Bußmann  
help-your-soul  
Nittumer Weg 5a  
51467 Bergisch Gladbach  
0163-2616958

### **In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:**

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Nordrhein-Westfalen  
Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
Tel.: 0211/38424-0  
Fax: 0211/38424-10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.



### 3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. Ihren Hausarzt), wenn Sie eingewilligt haben.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens

10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### 5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

### 6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

☐ Einverständnis per E-Mail oder auf anderem Wege, Patienteninformationen zugesendet zu bekommen;

☐ Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen zu erhalten.

### 7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige

Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren,

wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

### 8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

(Ort, Datum) .....

.....  
Unterschrift Klient/in