



Beratungsvertrag und Datenschutzvereinbarung (DS-GVO) **incl. Fernberatung**

zwischen

der Praxis für psychologische/systemische Beratung Inh. Florian Zillert

Psychologische/r Berater/in

Name, Vorname Florian Zillert.
Praxisanschrift Ludwig-Jahn-Str. 16
PLZ, Praxisort 72250 Freudenstadt

und

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
PLZ, Wohnort
E-Mail
Telefonnummer



§ 1 Vertragsgegenstand

Der Klient / die Klientin nimmt beim Berater / bei der Beraterin eine psychologische Beratung in Anspruch. Die Beratung kann in Form einer persönlichen Begegnung in der Praxis / bei einem Hausbesuch erfolgen oder auch in Form einer Telefon- / Videosprechstunde.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Beratung. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 145 € je 45 Minuten. Bei längeren Sitzungen werden angebrochene Stunden anteilig berechnet.

Das Honorar für das Erstgespräch berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand des Erstgespräches. Vereinbart wird eine Vergütung in Höhe von 111 € je 45 Minuten. Bei längeren Sitzungen werden angebrochene Stunden anteilig berechnet.

(X) Das Honorar ist unmittelbar zur Zahlung fällig und innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

(X) Das Honorar ist - bei Fern-Sitzungen – im Voraus an den Berater / die Beraterin zu überweisen und wird nach der online Buchung direkt per Mail versandt.

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Die psychologische Beratung ersetzt keine ärztliche Diagnose und Therapie. Klient*innen sind aufgefordert, medizinische Behandlungen nicht zu unterbrechen und sich bei Störungen mit Krankheitswert in die Behandlung eines Arztes / einer Ärztin oder eines Heilpraktikers / einer Heilpraktikerin zu begeben.

Eine schriftliche Einwilligung durch den Klienten / die Klientin ist erforderlich, wenn die Erteilung einer Auskunft des Beraters / der Beraterin an Dritte erfolgt.

Gesetzliche und private Krankenversicherungen übernehmen keine Kosten für eine psychologische Beratung, da es sich nicht um Heilbehandlungen handelt.

§ 4 Ton- und Bildaufzeichnungen

Bei Fernsitzungen bedarf es für Aufzeichnungen im Rahmen der Sitzung in jedem Fall der vorherigen schriftlichen Zustimmung beider Seiten. Gleiches gilt dann auch für die spätere Verwendung der Aufzeichnung. Sollte es keine vorherige Vereinbarung geben, sind Aufzeichnungen für beide Seiten nicht erlaubt.



§ 5 Ausfallhonorar

Versäumt der Klient / die Klientin einen fest vereinbarten Beratungstermin, schuldet er / sie dem Berater / der Beraterin ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn Klient*innen mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagen oder ohne eigenes 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 Berater / die Beraterin.

§ 6 Gerichtsstand

Meinungsverschiedenheiten sollten gütlich beigelegt werden. Beschwerden, Gegenvorstellungen oder abweichende Meinungen sollten immer schriftlich der anderen Partei vorgelegt werden. Bei Meinungsverschiedenheiten aus dem Beratungsvertrag, die trotz beiderseitigen Bemühungen nicht gütlich beigelegt werden, ist der Gerichtsstand die Praxisanschrift.

§ 8 Schlussbestimmungen

Die Beratung, auch Fernberatung enthebt den Klienten / die Klientin nicht, die vollen Verantwortung für seine / ihre Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichten sich Klient*innen, sich zeitnah zu melden.

Für diesen Beratungsvertrag, bzw. dessen Durchführung gilt ausschließlich deutsches Recht. Abweichende Vereinbarungen zu diesem Beratungsvertrag sind nur dann wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart wurden.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Klient/in)



.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Psychologische/r Berater/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.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Patient/in)