

Behandlungsvertrag für psychotherapeutische Leistungen (Heilpraktikerin, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie)

inkl. DSGVO-Einverständnis und Anamnesebogen

Zwischen



Claudia Hahn-Sauren
Alte Mainzer Straße 25
55129 Mainz
Telefon: 06131 – 950 76 67
E-Mail: info@sanadios.de
Website: www.sanadios.de

und der/dem Klient*in:

Name der Klientin / des Klienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Die Klientin/der Klient nimmt psychotherapeutische Gespräche auf der Grundlage des Heilpraktikergesetzes (§ 1 Abs. 1 HeilprG) in Anspruch.
Die therapeutische Begleitung erfolgt im Rahmen von Gesprächstherapie, psychologischer Beratung und Methoden aus der Humanistischen Psychotherapie.

Es werden keine Diagnosen im medizinischen Sinne gestellt. Es erfolgt keine ärztliche Behandlung, keine Heilversprechen, und es ersetzt keine notwendige schulmedizinische oder psychiatrische Behandlung.

§ 2 Ort und Form der Behandlung

- Die Sitzungen finden wahlweise in Präsenz oder online (Videosprechstunde) statt. Bei Online-Sitzungen wird ein datenschutzkonformer Videodienst eingesetzt (z. B. RED connect). Die Klientin/der Klient verpflichtet sich, für Online-Sitzungen einen geschützten Raum ohne Störungen bereitzustellen.
-

§ 3 Honorar und Zahlungsmodalitäten

- Das Honorar beträgt **120,- € / 60 Minuten** (ggf. abweichend bei längeren Sitzungen).
 - Die Kosten sind **Selbstzahlerleistungen** und werden nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen.
 - Die Zahlung erfolgt per Überweisung oder bar nach jeder Sitzung.
-

§ 4 Terminabsage

Vereinbarte Termine sind verbindlich.

Absagen sind bis **24 Stunden vor dem Termin kostenfrei** möglich.

Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen wird eine **Ausfallpauschale in Höhe von 50,- €** berechnet, da der Termin nicht kurzfristig neu vergeben werden kann.

§ 5 Schweigepflicht

Die Therapeutin unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB).

Alle Inhalte der Gespräche sowie persönliche Daten unterliegen dem Schutz der Vertraulichkeit.

Eine Weitergabe von Informationen an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher, schriftlicher Einwilligung der Klientin / des Klienten oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen.

§ 6 Datenschutz (DSGVO)

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Die Klientin/der Klient erhält eine separate Datenschutzerklärung, die Bestandteil dieses Vertrages ist.

Die Nutzung eines Videokonferenztools erfolgt auf Basis eines Auftragsverarbeitungsvertrags mit dem Anbieter.

Die Übertragung ist **Ende-zu-Ende verschlüsselt**.

Sitzungen werden **nicht aufgezeichnet**.

§ 7 Einverständnis zur Online-Therapie

Die Klientin / der Klient erklärt sich ausdrücklich mit der Durchführung der Behandlung im Rahmen einer Online-Sitzung einverstanden und wurde über die technischen Voraussetzungen, Grenzen sowie die folgenden Aspekte aufgeklärt:

- Online-Sitzungen unterliegen denselben Standards der Schweigepflicht wie persönliche Sitzungen.
- Für die technische Sicherheit (z. B. stabiles Internet, geschützter Raum) auf Klientenseite ist selbst zu sorgen.
- Die Therapeutin verwendet ausschließlich DSGVO-konforme, sichere Tools für die Online-Kommunikation.

Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Kontaktdaten, Therapiedokumentation etc.) im Rahmen der therapeutischen Arbeit elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich zur Durchführung der Therapie genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

„Mir ist bewusst, dass trotz technischer Absicherung ein Restrisiko bei der Übertragung über das Internet besteht.“

„Ich akzeptiere diese Form der Sitzung ausdrücklich als gleichwertig zur Präsenzsitzung.“

Einverständnis zur Online-Beratung / -Therapie

☐ Ja ☐ Nein

§ 8 Haftungsausschluss

Die Therapeutin übernimmt keine Haftung für etwaige technische Probleme (z. B. Internetausfälle).

Die Klientin/der Klient trägt die Verantwortung für ihre/seine Teilnahmefähigkeit und psychische Stabilität während der Online-Sitzung.

Die Therapeutin gibt kein Heilversprechen ab. Die psychotherapeutische Begleitung ersetzt keine ärztliche, psychiatrische oder psychologische Behandlung. Für eigenverantwortliche Entscheidungen der Klientin / des Klienten übernimmt die Therapeutin keine Haftung.

§ 9 Vertragsdauer und Kündigung

Dieser Vertrag tritt mit der Unterzeichnung durch beide Parteien in Kraft und gilt für die Dauer der therapeutischen Zusammenarbeit.

Er kann jederzeit von beiden Seiten ohne Angabe von Gründen beendet werden.

Unterschrift der Klientin / des Klienten

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Therapeutin

Claudia Hahn-Sauren

Ort, Datum: _____

Anamnesebogen / Aufnahmebogen

Dieser Bogen dient dazu, ein erstes Verständnis Ihrer Situation zu gewinnen.

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen so gut wie möglich aus.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht (§ 203 StGB) und dem Datenschutz (DSGVO).

1. Anliegen / Beweggrund

Mit welchem Anliegen oder welchem Thema kommen Sie zu mir?

2. Bisherige Lösungsversuche

Was haben Sie bisher unternommen, um dieses Thema oder Problem zu lösen?

3. Vorgeschichte / Biografischer Hintergrund

Gab es in Ihrem Leben bisher Ereignisse oder Lebensphasen, die in Zusammenhang mit Ihrem Anliegen stehen könnten?

4. Familiäre Situation

Eltern (bitte kurz beschreiben, z. B. Alter, Beziehung, Kontakt):

Geschwister (Anzahl, Beziehung, Kontakt):

Wie würden Sie das Verhältnis innerhalb Ihrer Familie beschreiben?

5. Familiäre Belastungen / Erkrankungen

Gibt oder gab es in Ihrer Familie psychische oder körperliche Erkrankungen?

Falls ja, welche?

6. Eigene Gesundheit

Gab es in Ihrer Vergangenheit psychische oder körperliche Erkrankungen, die aktuell oder früher eine Rolle spielten?

7. Diagnosen / Vorbehandlungen

Wurde bei Ihnen bereits eine psychologische oder psychiatrische Diagnose gestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

8. Psychische Stabilität

Gab es in der Vergangenheit Zeiten mit starker seelischer Belastung, Angst, Depression oder Suizidgedanken?

Haben Sie aktuell Wahnvorstellungen, Realitätsverzerrungen oder hören Sie Stimmen?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, bitte kurz beschreiben: _____

9. Ziel / Erwartung an die Therapie

Was wünschen Sie sich von der Zusammenarbeit?

10. Sonstiges / Weitere Anmerkungen

Gibt es etwas, das Ihnen wichtig ist, das ich wissen sollte?

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen erfolgen.

Unterschrift Klientin / Klient: _____

Ort: _____ **Datum:** _____