

Fragebogen zum 1. Termin

Achtung: Bitte unbedingt diesen Fragebogen ausgefüllt zum 1. Termin mitbringen!
Das spart viel Zeit, damit wir schnell mit der eigentlichen Veränderungsarbeit beginnen können. Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

1. **Was genau ist Ihr Thema / Problem, warum kommen Sie zum Coaching, bzw. zur Hypnose?**

Bitte beschreiben Sie stichwortartig, worum es geht.

2. **Was möchten Sie statt dessen? Was wollen Sie erreichen, wie wollen Sie sein und sich verhalten können?**

Bitte formulieren Sie positiv ohne Verneinungen (also vermeiden Sie Worte wie: kein, nicht).

3. **Was können Sie gut und was tun Sie gerne?**

Bitte geben Sie stichwortartig an, was Ihnen Spaß macht (Hobbys, Talente, etc.).

4. **Bitte listen Sie Ihre Werte auf!**

Was ist Ihnen im Leben wichtig? Wofür lohnt es sich zu leben und dafür auch zu kämpfen? (Benutzen Sie Schlagworte, wie „Harmonie, Vertrauen“, etc.)

Heilpraktiker - Behandlungsvertrag

Klient/in Herr / Frau

Name: _____

Anschrift: _____

geb.: _____

E-Mail: _____

Mobil: _____

und der Diplom-Psychologe / Heilpraktiker Herr Bernhard Adelberg, Paulstraße 2, 63150 Heusenstamm schließen folgenden

Behandlungsvertrag

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Klient nimmt eine naturheilkundliche oder psychologische Behandlung des Heilpraktikers / Diplom-Psychologen in Anspruch.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand des Heilpraktikers. Er erhält hierfür eine Vergütung in Höhe von 90 € je voller Stunde. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet. Das Honorar ist unmittelbar zur Zahlung fällig.

Das Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 findet

- + Anwendung zur Rechnungslegung für Private Krankenkasse:
- + Anwendung zur Rechnungslegung für Zusatzversicherung:
- + Anwendung zur Rechnungslegung für Beihilfe

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Klient wird darauf hingewiesen, dass

- + die Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist;
- + für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte die schriftliche Einwilligung des Klienten erforderlich ist;

- + die gesetzlichen Krankenversicherungen die Behandlungskosten des Heilpraktikers nicht übernehmen. Gesetzlich versicherte Klienten haben die Behandlungskosten selbst zu tragen. Mitglieder privater Krankenversicherungen oder Beihilfeberechtigte können einen (Teil-) Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Der Klient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker dem Klienten aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Klienten unberührt.

§ 4 Ausfallhonorar

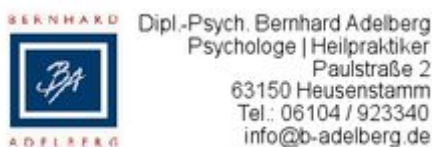
Versäumt der Klient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn der Klient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.

§ 5 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. Der Heilpraktiker verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.



Datum, Unterschrift Heilpraktiker

Datum, Unterschrift Klient

Stand: 07.05.2018



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

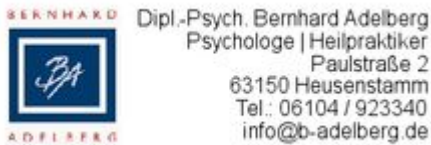
Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:



Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Heusenstamm, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

