Behandlungsvertrag Differenzierungsbasierte Paartherapie

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………………..  Vor-, und Nachname | ………………………………………………………………………………  Vor-, und Nachname |
| ………………………………………………………………………………..  Geburtsdatum | ………………………………………………………………………………  Geburtsdatum |
| …………………………………………………………………………….....  Straße | ………………………………………………………………………………  Straße |
| ………………………………………………………...........................  PLZ Wohnort | ……………………………………………………….........................  PLZ Wohnort |
| ………………………………………………………………………………..  Telefon /Handy | ………………………………………………………………………………  Telefon /Handy |
| ………………………………………………………………………………..  E-Mail-Adresse | ……………………………………………………………………………...  E-Mail-Adresse |
| ………………………………………………………………………………..  Hier bin ich auch kurzfristig zu erreichen, im Fall von akuter Krankheit/Unfall der Therapeutin | ………………………………………………………………………………  Hier bin ich auch kurzfristig zu erreichen, im Fall von akuter Krankheit/Unfall der Therapeutin |

Wir nehmen bei Susanne Rivoir eine paartherapeutische Behandlung in Anspruch.

Das Honorar beträgt 100-110-120-125-130-140-150 (zutreffendes markieren) Euro für 60 Minuten und berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung von 60-120 min.

Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt privat zu begleichen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Anspruch auf eine Erstattung durch die Krankenkassen (privat oder gesetzlich) besteht. In bestimmtem Fällen kann es sinnvoll sein, eine Schreibmethode (Dialogarbeit) zur Klärung hinzuzunehmen. Dadurch können zusätzlich nochmal 15-20 min anfallen, die ebenfalls zum Honorar dazu kommen.

Fest vereinbarte Behandlungstermine müssen 48 h vorher, notfalls 24h vorher abgesagt werden. Erfolgt die Terminabsage nicht im obengenannten Zeitraum, wird ein Ausfallhonorar von 100.-€ in Rechnung gestellt (Ausnahme: plötzlicher Unfall/nachvollziehbar akute Erkrankung).

Bitte alle Kommunikation über Emails laufen lassen, da ich diese am häufigsten lese, auch bezüglich Verspätungen.

Wir geben hiermit auch das Einverständnis, dass die in der Behandlung erhobenen und besprochenen Sachverhalte notiert und auch mittels Aufnahmegerät aufgenommen werden dürfen, sowie auf einem Datenträger gespeichert werden können. Sämtliche Daten, Befunde sowie Äußerungen unterliegen der Schweigepflicht. Einer anonymisierten Verwendung der erhobenen Daten im Rahmen von Supervision und Fortbildung wird zugestimmt.

Der abgeschlossene Behandlungsvertrag kann jederzeit mündlich oder schriftlich gekündigt werden.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………  Datum | …………………………………………………………  Datum |
| …………………………………………………………  Unterschrift Klient/Klientin | …………………………………………………………  Unterschrift Klient/Klientin |