



Brainhealth, Dr. rer.nat. Kaiser-Röhrich, Bahnhofstr.2, 85586 Poing

Behandlungsvertrag und Datenschutzvereinbarung (DS-GVO)

Incl. Fernberatung

zwischen

Klient/in (<18J der Erziehungsberechtigte) _____,

geb. _____

Str./Nr. _____, PLZ/Ort _____

Email: _____, Tel.: _____

und

Dr. rer.nat. Sabine Kaiser-Röhrich, Bahnhofstr.2, D-85586 Poing

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Klient nimmt ein(e)

in Anspruch einschließlich der dazu notwendigen Diagnose- und Testverfahren.

Dabei können außer den wissenschaftlich anerkannten auch solche Verfahren Anwendung finden, denen eine schulmedizinische Anerkennung fehlt und die den Regeln alternativen Methoden folgen. Die Behandlung kann in Form einer persönlichen Begegnung in der Praxis / bei einem Hausbesuch erfolgen oder auch in Form einer Telefon- / Videosprechstunde.

§ 2 Honorar/Preisliste

Es werden folgende Vergütungen vereinbart. Siehe Angang, aktuelle Preisliste

Beratungstelefonate werden nach Vertragsunterzeichnung mit 10 € pro angefangene 10 min. berechnet. Whats app und Signal nur für kurze Terminänderungen etc. nutzen.

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

Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar im Anschluss an die Sitzung in bar/sum up EC Karte gegen Beleg zu zahlen.

Das Honorar ist - bei Fern-Sitzungen – im Voraus an den Therapeuten zu überweisen.

Es werden Privatrechnungen für Selbstzahler gestellt. Sollten Sie in einer finanziellen Notsituation sein, sprechen sie uns auf mögliche Ratenzahlungsoptionen an.

Es kann auch nach Heilpraktikergebührenordnung eine Rechnung erstellt werden. Der Rechnungsbetrag ist zu bezahlen, nicht der Erstattungsbetrag. **Bar Zahlung oder per ec Karte /sum up ist beim Erstbesuch erwünscht. Bei Nichtbezahlung** der ersten Folgerechnung nach max. 3 Wochen behalte ich mir den den Abbruch der Therapie vor.

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Klient wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- Die Behandlung ersetzt eine ärztliche Diagnose und Therapie nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird sofort eine Weiterleitung an einen Facharzt veranlasst. Ein Heilversprechen kann nicht gegeben werden.
- Eine schriftliche Einwilligung ist erforderlich, wenn die Erteilung einer Auskunft des Therapeuten an Dritte erfolgt.
- Befolgung der Therapie Empfehlungen wird vorausgesetzt, sowie Eigenverantwortlichkeit.
- Da wir unsere Zeit für ihren Therapieerfolg und nicht mit unnötigen bürokratischen Dokumentenerstellen und Diskussionen verbringen wollen, wird ein Kostenplan für Therapie und Medikation erstellt, der von Ihnen unterzeichnet wird, sollte eine Behandlung zustandekommen.
- Um einen effektiven Therapieverlauf zu ermöglichen, bitten wir sie uns/mir alle 2 Wochen (ausser anders vereinbart) einen kurzen Status ihres/das von ihrem Kind Zustandes per Telefon, email oder Signal zu normalen Öffnungszeiten (Mo-Fr 9-17 Uhr) anzuzeigen.
- Die Aufsichtspflicht ihres Kindes endet an der Praxistüre.
- Telefonische Sprechzeiten sind Montag-Freitag 9-10 Uhr und 16-17 Uhr. Wochenende nur in äussersten Notfällen (Wochenendzuschlag 50%).

§ 4 Ton- und Bildaufzeichnungen

Bei Fernsitzungen bedarf es für Aufzeichnungen im Rahmen der Sitzung, in jedem Fall der vorherigen 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 einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er ein Ausfallhonorar in 100 %Höhe des Betrages, der dem extra für Sie reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn der Klient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert war. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Therapeuten.

§ 6 Gerichtsstand

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

§ 7 Schlussbestimmungen

Die Behandlung, auch Fernberatung enthebt den Patienten nicht, die vollen Verantwortung für seine Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichtet sich der Klient sich zeitnah zu melden. Eigenverantwortliche Mithilfe bei der Therapie wird vorausgesetzt um Erfolg zu erzielen. Dies ersetzt keinen Facharztbesuch, aber gerne kooperieren wir.

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

Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen oder erklärt bekommen, verstanden und stimme ihm hiermit zu. Ich habe eine Ausfertigung erhalten.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

Unterschrift Dr. Sabine Kaiser-Röhrich, Psychotherapie (Heilpraktikergesetz)

§ 8 Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung (DS-GVO)

In der Praxis können wir nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) die angebotenen Dienstleistungen korrekt, schnell und wirtschaftlich erbringen.

Nach Artikel 9 des „Code of Conduct“ (CoC) können folgende Stammdaten von _____ Patienten verarbeitet werden (Beispiel):

- Name, Adresse, Geburtsdatum
- Kundennummer, Versicherungsnummer(n)
- vergleichbare Identifikationsdaten
- Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten
- Angaben zur Werbesperre oder Werbeeinwilligung
- Sperrungen für Markt- und Meinungsforschung
- Daten zur Abgabe in ISH zur digitalen Abrechnung

Dies geschieht nur, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung des Code of Conduct (CoC) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

Hinweis: . Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Telefon- und Video-Sprechstunden die Sicherheit der gewählten Kanäle seitens der Praxis nicht gewährleistet werden kann und versichere hiermit, die Praxis nicht regresspflichtig zu machen, falls es aufgrund von etwaigen Sicherheitslücken zu unbefugtem Informationsfluss durch Dritte kommen sollte. Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht des Therapeuten und der Praxis jedoch bleiben hiervon unberührt.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DS-GVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DS-GVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach der gesetzlichen Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.