Behandlungsvertrag Differenzierungsbasierte Einzeltherapie

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

Ich nehme bei Susanne Rivoir eine einzeltherapeutische Behandlung in Anspruch.

Das Honorar beträgt nach Selbsteinschätzung 80 bis 130 Euro für 60 Minuten und berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung von 60 bis 120 min. Ich bin bereit …..… .-€ /pro 60 min zu bezahlen.

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 je 15-20 min anfallen, die ebenfalls zum Honorar dazu kommen.

Vereinbarte Behandlungstermine müssen 48 h vorher, notfalls 24h vorher abgesagt werden. Erfolgt die Terminabsage nicht im obengenannten Zeitraum, wird ein Ausfallhonorar von 80.-€ in Rechnung gestellt (Ausnahme: plötzlicher Unfall/nachvollziehbar akute Erkrankung).

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

Hiermit gebe ich auch das Einverständnis, dass die in der Behandlung erhobenen und besprochenen Sachverhalte notiert werden dürfen. 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 |
| …………………………………………………………Unterschrift Klient/Klientin |