

Praxis Lichtstrahl
Marita Cardué
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Im Ziegelfeld 12
51491 Overath

Behandlungs- / Beratungsvereinbarung

Vorname: _____ Geschlecht: weiblich/männlich

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ich wurde darüber aufgeklärt und bin damit einverstanden, dass:

1. keinerlei Haftung für eventuelle psychische-, körperliche- oder materielle Schäden durch die Praxis Lichtstrahl übernommen werden
2. die Arbeit der Praxis Lichtstrahl nicht die Tätigkeit eines Arztes ersetzt und körperliche Ursachen meiner Beschwerden daher immer ärztlich abgeklärt werden müssen
3. das Honorar grundsätzlich als Privatleistung direkt bei jeder Sitzung in bar bezahlt werden muss und wenn nicht vor Behandlungsbeginn anders vereinbart, 100,- Euro für 60 Minuten beträgt
4. die Praxis Lichtstrahl keine Rechnungen nach der Gebührenverordnung erstellt und eine mögliche Kostenerstattung durch Leistungsträger (Private Krankenversicherungen, Zusatzversicherungen etc.) in eigener Zuständigkeit zu klären ist
5. im Falle einer Absage später als 2 Tage vor einem vereinbarten Termin oder bei Nichterscheinen 100% des Honorars als Ausfallhonorar berechnet werden
6. die Praxis Lichtstrahl sich an die Verschwiegenheitspflicht hält und für den Fall der Auskunftserteilung an Kostenträger oder familiäre Bezugspersonen von mir nur schriftlich von dieser Schweigepflicht entbunden werden kann
7. die Praxis Lichtstrahl meine personenbezogenen Daten zur Erfassung für den eigenen Gebrauch aufnimmt und aufbewahrt, auch über die Behandlung hinaus und nicht an Dritte weitergibt
8. kein Heilversprechen abgegeben und der Behandlungserfolg nicht garantiert wird, die Anzahl der Sitzungen nicht vorhergesagt werden können und ich aktiv an meiner Genesung mitarbeiten muss
9. diese abgeschlossene Behandlungs-/Beratungsvereinbarung jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, von mir oder der Praxis Lichtstrahl aufgelöst werden kann

Die Klienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten und willige in die Speicherung meiner Daten ein. Die AGB der Praxis Lichtstrahl erkenne ich an.

Ort/Datum

Unterschrift