

# Behandlungsvertrag und Datenschutz-Einwilligung

zwischen

## Heilpraktiker

Jan Albert | E-Mail: info@impuls.com.de | Tel.: 0160 98266378  
Praxisadresse: impuls, Am Werder 15, 21335 Lüneburg

und

## Klient\*in

Name: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 1 Behandlung

Du nimmst Beratung / Coaching bzw. (psycho-) therapeutische Begleitung bei mir als Heilpraktiker in Anspruch.

Die Behandlung umfasst Gespräche, Beratung und therapeutische Methoden.

Ich begleite dich fachlich und sorgfältig. Ein konkreter Behandlungserfolg kann jedoch nicht garantiert werden.

## 2 Honorar

Honorar pro Sitzung (ca. 60 Minuten):

**120,00 EUR** bei Therapie & Heilbehandlung bzw.

**120,00 EUR + MwSt.** (bei 19% = **142,80 EUR** brutto) bei Coaching & Beratung

Das Honorar ist unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Versicherungen vollständig zu zahlen.

## 3 Terminregelung

Termine sind verbindlich.

Absagen sind bis **24 Stunden vor dem Termin kostenfrei** möglich.

Bei späterer Absage kann ein Ausfallhonorar in Höhe von 2/3 des regulären **1** Honorars berechnet werden.

## **4 Schweigepflicht**

Alle Inhalte der Behandlung unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Informationen werden nur mit deiner schriftlichen Zustimmung weitergegeben.

## **5 Datenschutz (DSGVO)**

Zur Durchführung der Behandlung werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert.

Dies umfasst insbesondere:

- Name
- Kontaktdaten
- Gesundheitsangaben
- Behandlungsdokumentation

Die Daten werden ausschließlich zur Durchführung der Behandlung verwendet und nicht ohne Einwilligung weitergegeben.

Du hast jederzeit das Recht auf:

- Auskunft
- Berichtigung
- Löschung deiner Daten
- Einschränkung der Verarbeitung

## **6 Einwilligung**

Mit deiner Unterschrift erklärst du dich einverstanden mit

- Coaching / Beratung bzw. der (psycho-) therapeutischen Behandlung
- der Verarbeitung deiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Behandlung.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Klient\*in \_\_\_\_\_

Unterschrift Heilpraktiker \_\_\_\_\_

# Einwilligung der Eltern / Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Diese Seite wird zusätzlich verwendet.

Name Klient\*in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich / Wir erkläre(n) mich / uns damit einverstanden, dass die oben genannte Person Coaching / Beratung bzw. (psycho-) therapeutische Begleitung bei HP Jan Albert (Praxis: Am Werder 15, 21335 Lüneburg) erhält.

Mir / Uns ist bekannt, dass die Behandlung Gespräche und therapeutische Methoden umfasst.

## Erziehungsberechtigte Person

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_

## 2. Erziehungsberechtigte Person (falls vorhanden)

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_