

# Behandlungsvertrag

Heilpraktikerin für Psychotherapie (HP Psych)

## Zwischen

Dr. phil. Nadia Weitner | Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Seelower Str. 16 | 10439 Berlin | c/o Transparent Heart Praxis  
Telefon | E-Mail: 0176/34504413 | kontakt@nadiaweitner.com

und

## Klientin / Klient

Name, Geburtsdatum, Adresse, Kontakt

---

---

---

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen.

## 1. Vertragsgegenstand

Die Klientin / der Klient bucht bei mir heilpraktische Leistungen beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie gemäß dem Heilpraktikergesetz.

Diese Leistungen ersetzen keine Behandlung durch einen Arzt, Psychiater oder approbierten Psychotherapeuten.

Bei Beschwerden mit Krankheitswert ist die Klientin / der Klient selbst aufgefordert, sich in entsprechende medizinische oder psychiatrische Behandlung zu begeben.

Mein Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der Begleitung und Unterstützung von Bewusstwerdungs- und Veränderungsprozessen. Dabei werden die individuellen Persönlichkeitsanteile als eigenes Potenzial zur positiven Weiterentwicklung einbezogen.

## 2. Art der Behandlung

Die Behandlung erfolgt individuell und kann u. a. folgende Methoden umfassen:

- Gespräch
- körperorientierte und traumasensible Ansätze

- Atem- und Wahrnehmungsarbeit

Die Auswahl der Methoden richtet sich nach dem jeweiligen Prozess und erfolgt in gemeinsamer Abstimmung.

### **3. Freiwilligkeit & Eigenverantwortung**

Die Teilnahme an der Behandlung erfolgt freiwillig.

Die Klientin / der Klient trägt die Verantwortung für sich selbst sowie für Entscheidungen und Handlungen innerhalb und außerhalb der Sitzungen.

### **4. Keine Heil- oder Erfolgsgarantie / Haftung**

Psychotherapie ist ein individueller Prozess.

Der Erfolg und die Nachhaltigkeit der Behandlung hängen wesentlich von der Bereitschaft der Klientin / des Klienten ab, Zeit, Aufmerksamkeit und Eigenverantwortung in den eigenen Prozess einzubringen.

Da diese Faktoren außerhalb meines Einflussbereiches liegen, kann kein Versprechen hinsichtlich Erfolg, Dauer oder Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit gegeben werden.

Heilpraktische Leistungen setzen eine funktionierende Selbststeuerungsfähigkeit oder die Bereitschaft voraus, diese wiederzuerlangen, und sind kein Ersatz für ärztlich angeordnete Therapien.

Eine begleitende Behandlung durch Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen oder Psychiater:innen kann im Einzelfall sinnvoll und im eigenen Interesse der Klientin / des Klienten sein.

### **5. Honorar & Zahlungsbedingungen**

- Honorar pro Sitzung: \_\_\_\_\_ €
- Dauer einer Sitzung: \_\_\_\_\_ Minuten
- Die Abrechnung erfolgt privat (Selbstzahlerleistung).

Das Honorar ist - sofern nicht anders vereinbart - nach der Sitzung in bar oder per Überweisung zu zahlen.

### **6. Kostenerstattung durch Leistungsträger**

Es besteht keine Zulassung zu gesetzlichen Krankenkassen.

Eine (teilweise) Kostenerstattung durch private Heilpraktiker-Zusatzversicherungen oder Beihilfestellen ist ggf. möglich und hängt von den individuellen Vertragsbedingungen des jeweiligen Kostenträgers ab.

Das Kostenerstattungsverfahren ist von der Klientin / dem Klienten eigenverantwortlich zu klären.

Eine Nicht- oder Teilerstattung hat keinen Einfluss auf die vereinbarte Honorarforderung.

## **7. Terminabsagen & Ausfallhonorar**

Vereinbarte Termine sind verbindlich.

- Absagen oder Verschiebungen sind mindestens 48 Stunden vor dem Termin telefonisch oder per E-Mail mitzuteilen.
- Diese Frist gilt unabhängig vom Grund der Absage, auch bei Krankheit.
- Bei Absagen weniger als 48 Stunden vor dem Termin wird 100 % des vereinbarten Honorars berechnet.

Ich bemühe mich, Terminänderungen meinerseits zu vermeiden. Sollte eine Absage oder Verschiebung erforderlich sein, werden Ersatztermine angeboten. Weitere Ansprüche bestehen nicht.

## **8. Schweigepflicht & Datenschutz**

Ich unterliege der Schweigepflicht.

Alle personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu therapeutischen und verwaltungsbezogenen Zwecken verarbeitet und vertraulich behandelt.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur:

- mit schriftlicher Entbindung von der Schweigepflicht
- oder bei gesetzlicher Verpflichtung

Die gesonderte Datenschutzerklärung ist Bestandteil dieses Vertrages.

## **9. Online-Sitzungen (Fernbehandlung)**

Online-Sitzungen erfolgen auf Wunsch der Klientin / des Klienten und nach fachlicher Einschätzung der Heilpraktikerin für Psychotherapie, ob diese Behandlungsform im jeweiligen Fall geeignet ist.

Die Klientin / der Klient ist darüber informiert, dass heilpraktische psychotherapeutische Leistungen aus der Ferne ihre Grenzen haben und insbesondere keine Akut-, Notfall- oder Kriseninterventionen ersetzen.

Die Klientin / der Klient sorgt für eine geschützte, störungsfreie Umgebung. Trotz technischer Sicherheitsmaßnahmen können Restrisiken der digitalen Kommunikation nicht vollständig ausgeschlossen werden.

## **10. Beendigung der Behandlung**

Die Behandlung kann von beiden Seiten jederzeit beendet werden.  
Bereits vereinbarte Termine unterliegen weiterhin der Regelung zu Terminabsagen.

## **11. Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt.

**Ort, Datum, Unterschrift Klientin / Klient**

---

**Ort, Datum, Unterschrift Heilpraktikerin für Psychotherapie**

---

# Datenschutzvereinbarung & Einwilligung zur Datenverarbeitung

gemäß DSGVO

## 1. Verantwortliche Stelle

Dr. phil. Nadia Weitner | Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Seelower Str. 16 | 10439 Berlin | c/o Transparent Heart Praxis  
Telefon | E-Mail: 0176/34504413 | kontakt@nadiaweitner.com

## 2. Zweck der Datenverarbeitung

Im Rahmen der heilpraktischen psychotherapeutischen Tätigkeit werden personenbezogene Daten sowie besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten) verarbeitet, soweit dies für Terminverwaltung, Behandlung, Dokumentation und Abrechnung erforderlich ist.

## 3. Art der verarbeiteten Daten

Verarbeitet werden insbesondere:

- Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten)
- Termindaten
- Gesundheitsbezogene Angaben (z. B. Anamnese, Behandlungsverlauf)
- Abrechnungsrelevante Daten

## 4. Rechtsgrundlage

Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage von:

- Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung)
- Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten)

## 5. Terminverwaltung & Kontaktaufnahme

Die Terminvereinbarung kann je nach Wahl der Klientin / des Klienten

- über das Terminbuchungssystem **Doctolib**

- oder über die auf der Website angegebenen Kontaktmöglichkeiten (z. B. Kontaktformular, E-Mail, Telefon) erfolgen.

Je nach gewähltem Buchungsweg gelten ergänzend die jeweiligen Datenschutzbestimmungen:

- bei Nutzung von Doctolib die Datenschutzbestimmungen von Doctolib
- bei Kontaktaufnahme über die Website die dort ausgewiesenen Datenschutzhinweise
- bei telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme die in dieser Datenschutzvereinbarung beschriebenen Regelungen

Unabhängig vom Buchungsweg werden personenbezogene Daten ausschließlich zum Zweck der Terminverwaltung, Behandlung, Dokumentation und Abrechnung verarbeitet.

## **6. Schweigepflicht & Weitergabe**

Alle personenbezogenen Daten unterliegen der Schweigepflicht. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit ausdrücklicher Einwilligung oder bei gesetzlicher Verpflichtung.

## **7. Aufbewahrung & Löschung**

Die therapeutische Dokumentation wird gemäß gesetzlicher Vorgaben für 10 Jahre aufbewahrt und anschließend datenschutzkonform gelöscht oder vernichtet.

## **8. Rechte der betroffenen Person**

Sie haben jederzeit das Recht auf:

- Auskunft über Ihre gespeicherten Daten
- Berichtigung unrichtiger Daten
- Einschränkung der Verarbeitung
- Löschung (soweit gesetzliche Aufbewahrungspflichten nicht entgegenstehen)
- Widerruf Ihrer Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft

Ein Widerruf kann dazu führen, dass eine Behandlung nicht fortgesetzt werden kann.

## **9. Datensicherheit**

Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor unbefugtem Zugriff geschützt (z. B. passwortgeschützte Systeme, verschlossene Aufbewahrung).

## **10. Einwilligung**

Ich habe den Behandlungsvertrag sowie die Datenschutzvereinbarung gelesen und verstanden.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie meiner Gesundheitsdaten im beschriebenen Umfang ein.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Ort, Datum, Unterschrift Klientin / Klient**

---

**Ort, Datum, Unterschrift Heilpraktikerin für Psychotherapie**

---