

Therapie/Beratungsvereinbarung

zwischen

und

Name	
Straße: Ort:	
Telefon privat: Telefon dienstlich: E-mail:	
Krankenkasse: Straße: Ort: Telefon/Ansprechpartner:	

Hausarzt/überweisender Arzt/Klinik:

Name: _____ Straße: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Schweigepflichtsentbindung gegenüber: _____

Art der Leistung: _____

Vorraussichtliche Anzahl der Therapie/Beratungsstunden: _____

Dauer der Sitzungen: _____

Honorar pro Sitzung: _____

Kostenträger: ___Krankenkasse__Beihilfe___Selbstzahler

Dauer der Therapie/Beratungsvereinbarung:

Die Vereinbarung gilt ab _____

Termine werden nach Absprache festgelegt. Die Vereinbarung endet nach den _____

vereinbarten Therapie/Beratungsstunden. Bei vorzeitiger Beendigung der Behandlung wird in jedem Fall eine Abschlusssitzung vereinbart.

Terminabsagen:

Absagen seitens der Klientin/des Klienten müssen **mindestens** vor dem vereinbarten Termin erfolgen, sonst wird das Honorar der Klientin/ dem Klienten in Rechnung gestellt.

Besondere Vereinbarungen:

Die Therapeutin/Beraterin verpflichtet sich zur Verschwiegenheit und fachgerechten Erbringung der Therapie/Beratungsleistung. Sie sorgt für die Sicherheit ihrer Qualität durch Kontrollsupervision.

Die Klientin/der Klient ist damit einverstanden, dass die Therapeutin/Beraterin Fragen zur Therapie/Beratung bei Bedarf, unter Wahrung der Schweigepflicht, in ihrer Kontrollsupervision bespricht.

Ort, Datum:

Unterschrift Klient/Klientin

Unterschrift TherapeutIn/BeraterIn