



ERKLÄRUNG ZUM UMGANG MIT PERSONENBEZOGENEN DATEN ENTSPRECHEND DER DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG DSGVO

In meiner Praxis werden folgende personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, gespeichert und gegebenenfalls verarbeitet:

1. Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern, E-Mail-Adresse, Beruf, Kranken-, Zusatzversicherung, Rechnungen für Privatperson nach der Gebüh oder für Versicherungen. Diese Daten werden auf einem passwortgeschützen Computer im Abrechnungsprogramm Soliprax gespeichert, welches nicht mit dem Internet verbunden ist.
2. Weitere Informationen, wie Familienstand, Kinder mit Geburtsdatum bzw. Alter, Einnahme von Medikamenten, Problem/ Auslöser und Ziel in Stichworten, Notizen zu den Gesprächen, Zielformulierungen werden handschriftlich in Karteimappen geführt und in abschließbaren Karteikästen aufbewahrt. Erarbeitete Inhalte auf Flipchart-Papieren werden direkt nach Abschluss der Behandlung vernichtet. Rückschlüsse zu Ihrer Person sind nicht möglich, da hier keine Daten von Ihnen enthalten sind.
3. Name, Anschrift, Rechnungsnummer und -datum sowie Rechnungsbetrag werden in der Regel nicht einzeln an das Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung geleitet, sondern als Gesamtjahressumme ohne Namensnennung an meinen Steuerberater weitergeleitet. Sollte das Finanzamt prüfen wollen, so wird das Finanzamt alle Rechnungen über das Abrechnungsprogramm Soliprax als Listenausdruck mit Ihren personenbezogenen Daten erhalten.
4. Die die Behandlung betreffenden Daten und Befunde werden im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (10 Jahre nach Beendigung der Behandlung) gespeichert bzw. aufbewahrt.
5. Besonderer Hinweis zum Datenschutz bei E-Mail-Kontakt: Ich weise darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich. Sollten Sie über E-Mail Kontakt mit mir aufnehmen, erfolgt die Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund Ihrer freiwillig erteilten Einwilligung gemäß Artikel 6 Abs 1 Satz 1 lit a DSGVO. Die Angabe Ihrer gültigen E-Mail Adresse ist erforderlich, um Ihre Anfrage beantworten zu können. Diese Daten und Ihre Nachricht werden nur zur Bearbeitung und Beantwortung Ihrer Anfrage gespeichert. Die Daten werden gelöscht, sobald sie nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Bitte schreiben Sie keine vertraulichen Informationen, insbesondere Gesundheitsdaten in eine E-Mail, sondern nutzen Sie diese nur zur ersten Kontaktaufnahme. Eine Zusendung von Rechnungen per Mail als pdf-Anhang ist möglich, wenn Sie dies mit mir mündlich vereinbart haben.
6. Widerrufsrecht und weitere Rechte: Die Einwilligung zum Datenschutz kann jederzeit ganz oder teilweise grundlos für die Zukunft widerrufen werden. Es besteht das Recht auf Auskunft über die den Betroffenen gespeicherten und verarbeiteten Daten sowie ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten, soweit nicht die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungspflicht dem entgegensteht. Weiter besteht ein Recht auf Übersendung der vom Klienten zur Verfügung gestellten Daten sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA).



BEHANDLUNGSVERTRAG PAAR / FAMILIE (STAND: 01.03.2024)

Schön, dass Sie zu mir gefunden haben. Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit im Sinne Ihrer Anliegen. Es ist mir wichtig, eine vertrauliche Basis für unsere Zusammenarbeit herzustellen. Dieser Behandlungsvertrag klärt einige Bedingungen. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben Sie ihn. Sie erhalten gerne auf Wunsch eine Kopie.

Schweigepflicht

Ich unterliege der Schweigepflicht nach §203 Abs. 1 StGB bzgl. Ihrer Besuche bei mir, Telefonate und Mailkontakte, sowie aller Inhalte.

Regelmäßigkeit und Dauer

Die Termine beginnen jeweils zur vollen Stunde und dauern 60 - 90 Minuten, inklusive Begrüßung, Terminvereinbarung und Verabschiedung. Die Häufigkeit der Termine und die Intervalle richten sich nach Ihrem Anliegen und wird flexibel gestaltet.

Terminabsagen

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie mir bitte frühzeitig Bescheid unter 0176 / 36 31 38 48 (bitte auf die Mailbox sprechen oder SMS schicken!).

Bei Absagen später als 24 Stunden vor dem Termin habe ich laut §615 BGB das Recht auf Honorarausfallrechnungen. Ich stelle Ihnen ein Ausfallhonorar von 90,00 € pro Paar- bzw. Familien-Termin in Rechnung. Die Ausfallgebühr wird unabhängig vom Grund der Absage fällig. Ich bitte um Verständnis für diese Regelung. Versicherungen erstatten diese Gebühr nicht.

Abrechnung

Die Sitzungen werden regelmäßig zum Quartalsende (31.03., 30.06., 30.09., 31.12.) schriftlich in Rechnung gestellt. Die Zahlung für die einzelne Sitzung erfolgt direkt an mich in bar gegen Quittung, oder unmittelbar danach per Überweisung an untenstehende Bankverbindung mit Angabe von Name und Datum des Termins.

Bitte klären Sie vor Beginn der Behandlung, ob Ihre Kranken-, Zusatz- oder Beihilfeversicherung die Kosten für die Behandlung übernimmt, da es unterschiedliche Verträge und Konditionen gibt. Paar- und Familienberatung wird in der Regel nie erstattet. Die in Rechnung gestellten Leistungen müssen unabhängig von einer Übernahme durch die Versicherung von Ihnen gezahlt werden.

Das Honorar richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH, Ziffer 19.1 bis 19.8). Aktuell (Stand 03/2024) beträgt das Honorar 160,00 € für 60 Minuten und 190,00 € für 90 Minuten. Anpassungen werden Ihnen frühzeitig schriftlich mitgeteilt.

Ich habe folgende Dokumente und Bedingungen gelesen, stimme zu und akzeptiere diese:

- ERKLÄRUNG ZUM UMGANG MIT PERSONENBEZOGENEN DATEN ENTSPRECHEND DSGVO
- BEHANDLUNGSVERTRAG

Datum

Unterschrift(en)



Diplom-Psychologin
Psychologische Beratung
Systemische Beratung, Psychotherapie (HPG)
Trainerin für Erwachsenen- und berufliche Weiterbildung

Bahnhofstraße 26
63776 Mömbris
Mobil: 0176 / 36 31 38 48
E-Mail: mail@corinna-fleckenstein.de
Website: corinna-fleckenstein.de

ERHEBUNGSBOGEN PAAR / FAMILIE

Datum												
	PERSON 1						PERSON 2					
Name												
Vorname												
Geburtsdatum												
(Zusatz-)Versicherung												
Beruf												
Straße, Hausnummer												
PLZ, Wohnort												
Telefon privat												
Telefon beruflich												
Telefon mobil												
E-Mail												
Familienstand												
Kinder (Name, Geburtsdatum)												
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten? (Bezeichnung, Dosis)												
Was führt Sie zu mir? (Problem/ Auslöser in wenigen Stichworten)												
Was erwarten Sie von der Beratung? Welches Ziel haben Sie vor Augen?												
Wie haben Sie mich gefunden? (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> Webseite (corinna-fleckenstein.de) <input type="checkbox"/> Facebook Seite (Psychologische Beratung) <input type="checkbox"/> Google-Suche nach Stichworten <input type="checkbox"/> Listen, z.B. therapie.de, jameda, therapeutensuche.de <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Bekannte <input type="checkbox"/> Empfehlung durch den Haus-/ Facharzt											

Interne Vermerke	B	Ü	R	QR	JR	OR			Mo	Di	Mi	Do	Fr