

## Therapievertrag

Liebe Patient\*innen,

zu Beginn möchte ich Sie über einige Punkte meiner Arbeit und der Praxis informieren:

**Schweigepflicht/Datenschutz:** Die Praxis und alle hier arbeitenden Therapeutinnen unterliegen der Schweigepflicht und Datenschutz spielt für uns eine große Rolle. Für eine Behandlung müssen wir jedoch personenbezogene Daten erheben und speichern. Dabei werden selbstverständlich nur die Daten erhoben und gespeichert, die für eine psychotherapeutische Behandlung notwendig sind. Wir übermitteln Ihre Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn von Patient\*innenseite eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben werden alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen mindestens 10 Jahre nach dem letzten Behandlungstermin aufbewahrt.

**Kündigung:** Der Therapievertrag kann von Patient\*innen jederzeit durch eine mündliche oder schriftliche Erklärung fristlos gekündigt werden, da ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient\*in und Psychotherapeutin eine grundlegende Voraussetzung für Psychotherapie ist. Als Psychotherapeutin behalte ich mir vor, bei offensichtlich fehlender Motivation, unzureichender zwischenmenschlicher Passung oder bei unzureichender Mitarbeit seitens Patient\*innen, die Therapie von mir aus auch ohne das erklärte Einverständnis der Patient\*innen zu beenden. In beiden Fällen ist es wünschenswert, die Behandlung in ein bis zwei Abschlussitzungen in guter Weise einvernehmlich abzuschließen, um zu verstehen, wie wir an diesem Punkt gelandet sind und wie es im Allgemeinen für Sie weitergehen könnte.

**Terminabsagen:** Bei Verhinderung bitte ich Sie, einen vereinbarten Behandlungstermin **spätestens 48 Stunden** vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von **80€** in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar müssen Sie selbst zahlen, unabhängig von der Art Ihrer Versicherung. Wir bitten dafür um Ihr Verständnis.

**Kommunikation:** Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per Email auszutauschen (hauptsächlich für Terminabsprachen). Ich weise darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet Sicherheitslücken aufweisen kann und ein lückenloser Schutz vor dem Zugriff durch Dritte nicht möglich ist.

**Ich bin mit der Kommunikation über Email einverstanden, meine Emailadresse lautet:**

---

Die Erlaubnis zur Verwendung Ihrer Emailadresse können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Ich habe die Behandlungsinformation erhalten, verstanden und habe Fragen klären können. Zu diesen Informationen sowie den o.g. Bedingungen erkläre ich mein Einverständnis.**

Bremen, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in