



**Klientenvereinbarung/  
Behandlungsvertrag**

Zwischen

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

und Frau Sonja Betsch, Gr. Kapellenstr. 18, 67105 Schifferstadt.

Die Sitzungen (Settings) finden in der Regel in der Praxis, Adresse siehe oben, statt. In Ausnahmefällen sind Hausbesuche möglich. In diesem Falle wird ein Wegegeld in Höhe von 1,- EUR pro Kilometer berechnet. Innerhalb eines Radius von 5 km wird kein Wegegeld berechnet.

Termine können bis zu 24 Stunden vorher kostenlos abgesagt werden. Ansonsten ist das volle Honorar zu entrichten.

Die Erstanamnese kostet 120,- EUR.

Das Honorar pro Stunde beträgt 80,- EUR und ist 5 Werktage nach Zugang der Rechnung fällig. Die Abrechnung erfolgt auf privater Basis.

Das Zahlungsziel wurde wie folgt vereinbart:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In seltenen Fällen können, ausgelöst durch eine psychotherapeutische Behandlung, körperliche Symptome auftreten, die in der Regel innerhalb von 1 – 2 Werktagen wieder verschwinden, z. B. Kopfschmerzen, Durchfall o. ä.

Ich (KlientIn/PatientIn) \_\_\_\_\_ verpflichte mich, auftretende körperliche Symptome ärztlicherseits abklären zu lassen.

Die Therapeutin unterliegt der Schweigepflicht. Konsiliarische Gespräche mit dem behandelnden Arzt können nur nach vorheriger Entbindung von der Schweigepflicht durch den/die Klienten/in/Patienten/in oder dessen gesetzlicher Vertretung erfolgen (Schweigepflicht-Entbindung zwecks Konsil).

Ort und Datum, **Unterschrift KlientIn/PatientIn**

Frau Sonja Betsch (HP Psych)

