



HEILPRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE

MARIE-SOPHIE PESCHEL



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

inkl. Datenschutzinformationen gemäß DSGVO

Diese Einwilligungserklärung dient der Aufklärung über die psychotherapeutische Behandlung in der Praxis von Marie-Sophie Peschel, Heilpraktikerin auf dem Gebiet der Psychotherapie, sowie der Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten.

1. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Informationen zur Behandlung

Die Behandlung erfolgt im Rahmen der Heilkunde beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz.

Die Behandlung dient der Unterstützung bei psychischen Belastungen und Erkrankungen. Ein bestimmter Behandlungserfolg oder ein Heilversprechen kann nicht garantiert werden.

Die Behandlung kann persönlich oder im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden.



HEILPRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE

MARIE-SOPHIE PESCHEL



3. Schweigepflicht

Die Therapeutin unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht. Alle im Rahmen der Behandlung bekannt gewordenen Informationen werden vertraulich behandelt.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt ausschließlich mit ausdrücklicher Einwilligung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen, z.B. in Notfallsituationen.

4. Datenschutz gemäß DSGVO

Es werden personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und verarbeitet. Dies erfolgt ausschließlich zum Zweck der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung. Rechtsgrundlage sind Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. Patientinnen und Patienten haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit sowie Widerruf der Einwilligung. Weitere Informationen befinden sich in der Datenschutzerklärung der Website. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.“

5. Videosprechstunden

Bei Videosprechstunden erfolgt die Kommunikation über einen datenschutzkonformen Anbieter.

Aufzeichnungen von Bild oder Ton sind nur mit ausdrücklicher Zustimmung erlaubt.

6. Honorar und Terminabsagen

Das Honorar richtet sich nach der aktuellen Honorarvereinbarung wie vertraglich vereinbart.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden wie im Vertrag festgehalten als Ausfallhonorar berechnet.



HEILPRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE

MARIE-SOPHIE PESCHEL



7. Notfälle

Die Praxis ist keine Notfallstelle und nicht dauerhaft erreichbar.

In akuten Krisen oder bei Eigen-/Fremdgefährdung sind Notruf oder psychiatrische Einrichtungen oder Andere Hilfsstellen zu kontaktieren, wie vertraglich vereinbart.

8. Einwilligung

Ich bestätige, über Ablauf, Inhalte, Alternativen und Grenzen der Behandlung informiert worden zu sein.

Ich willige in die Verarbeitung all meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der psychotherapeutischen freiwillig ein und erkläre meine ausdrückliche Einwilligung in die psychotherapeutische Behandlung. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

9. Bestätigungen (bitte ankreuzen)

- ☐ Datenschutzhinweise erhalten und verstanden
- ☐ Schweigepflicht erläutert und verstanden
- ☐ Informationen zur Behandlung erhalten und verstanden
- ☐ Informationen zur Videosprechstunde erhalten und verstanden
- ☐ Notfallhinweise verstanden
- ☐ Einwilligung zur Datenverarbeitung erteilt
- ☐ Behandlungsvertrag erhalten und verstanden



HEILPRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE

MARIE-SOPHIE PESCHEL



Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Therapeutin

Unterschrift Patient:in