



Eschersheimer Landstraße 409
60320 Frankfurt am Main
Telefon: +49 (0) 69 17554422
Mobil: +49 (0) 172 6655773
Email: info@syhom.de
Internet: www.syhom.de

Praxis M.Kostka • Eschersheimer Landstraße 409 • 60320 Frankfurt am Main

%%titel%% %%vorname%% %%nachname%%
%%strasse%%

%%plz%% %%ort%%

18.04.2018

AGB für eine Behandlung oder Therapie

%%liebe_r%% %%anrede%%,

ich freue mich Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen.
Mit der Vereinbarung eines Termins stimmen Sie den folgenden Konditionen zu:

1. Allgemeines

Sie haben sich bereits die Möglichkeiten, Grenzen und Kosten unserer gemeinsamen Arbeit informiert.
Sollten Sie darüber hinaus gehende Fragen haben, sprechen Sie mich gerne jederzeit an.

2. Therapiekosten:

- a. Alle Termine basieren auf **Zeiteinheiten von 50 Minuten**.
- b. Für **Einzeltermine** stelle ich **80,00 € pro Zeiteinheit** in Rechnung. Sollten Sie eine zweite Zeiteinheit nur halb in Anspruch genommen haben, berechne ich diese mit 40,00 €.
 - Der für eine **Psychotherapie** typische Zeitaufwand beträgt 1 bis 2 Zeiteinheiten, also 80,00 € bis 160,00 €, selten darüber. Weitere Hinweise zu Therapieintervallen entnehmen Sie bitte der Therapieinformation.
 - Eine **homöopathische Anamnese für Erwachsene** benötigt 1,5 bis 2,5 Zeiteinheiten, selten darüber.
 - Für die **homöopathische Anamnese Ihres Kindes** beträgt der Zeitaufwand in der Regel 1 bis 2 Zeiteinheiten. Jüngere Kinder kommen oft mit weniger Zeit aus.
 - Verlaufskontrollen und Folgeanamnesen benötigen zwischen 1 bis 2 Zeiteinheiten, selten mehr.
 - Jede homöopathische Anamnese oder Kontrolle schließt eine Fallanalyse (Repertorisation, Bestimmung des homöopathischen Einzelmedikaments und Erststellung eines Therapieplanes) mit ein. Diese kann auch außerhalb des Patientenkontaktes erfolgen.
- c. **Paartermine**, bzw. Termine mit mindestens 2 KlientInnen berechne ich mit **90,00 € für 50 Minuten**.
 - Pro Paar – oder Familientherapietermin rechen Sie bitte mit 2 Zeiteinheiten.
- d. Für telefonische **Akutbehandlungen** oder **Kriseninterventionen** berechne ich für eine begonnene **Zeiteinheit von 10 Minuten 20,00 €**.
- e. **Außerhalb der vereinbarten Sprechstundenzeiten (09:30 bis 17:00 Uhr)** berechne ich für Akutbehandlungen und Kriseninterventionen einen **Aufschlag von 33%**.
- f. An **Sonn - und Feiertagen** berechne ich für Akutbehandlungen eine **Aufschlag von 50%**.

3. Meine Verantwortung

- a) Ich verstehe ich mich als Ihr ganz persönlicher Entwicklungshelfer oder Wegbegleiter. Bitte gehen Sie davon aus, dass allen meinen Angeboten, Behandlungsvorschlägen und Interventionen, das Bemühen, Sie nach bestem Wissen und Gewissen zu unterstützen, Empathie und viel Erfahrung zu Grunde liegt.
Ihre Ressourcen, Ihre psychische und körperliche Selbstheilungskompetenz bringen Sie von Anfang an mit.
Mein Knowhow und meinen Beitrag verstehe darin, Sie zu unterstützen mit dieser Kraft in Ihnen wieder in Kontakt zu kommen und diese eigenständig nutzen zu lernen.
- b) Ihre persönlichen Daten verwende ich ausschließlich zu Zwecken der vereinbarten Therapie.
Kein außenstehender Dritter bekommt Zugang zu diesen Informationen.
Nur wenn es gesetzlich erlaubt ist und Sie dem zugestimmt haben, gebe Daten an Therapeuten, Heilpraktiker, Ärzte, Krankenkassen etc. weiter.
- c) Unter Punkt 8 finden Sie weiter Hinweise zum Datenschutz in der Praxis.

Bankverbindung: DE55500502010102991908 BIC: HELADEF1822
Steuernummer: 01483769694 beim Finanzamt Frankfurt am Main



SYSTEMISCHE
GESELLSCHAFT



4. Ihre Mitarbeit und Kooperation

- a) Bitte senden Sie mir vor dem ersten Termin Ihre Kontaktdaten per Email (Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Mobilnummer, Email-Adresse).
- b) **Sie bleiben auch in der Therapie für sich selbst verantwortlich!**
Bitte erlauben Sie sich allen meinen Angeboten gegenüber eine neugierig offene, aber kritisch prüfende „VerbraucherInnenhaltung“.
Ich benötige Ihr Feedback, um den therapeutischen Prozess in der für Sie passendsten Weise steuern zu können!
- c) Die medikamentöse Wirkung muss in regelmäßigen Abständen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.
- d) Bei Veränderungen oder Verschlimmerungen Ihrer Symptome, nehmen Sie bitte möglichst zeitnah Kontakt zu mir auf.
Bitte beachten Sie dazu die Hinweise aus dem Merkblatt für Homöopathie.

5. Absagefristen

- a) Bitte berücksichtigen Sie, dass ich eine Bestellpraxis führe. Termine sind für Sie persönlich reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie mir bitte rechtzeitig ab. Die **Absagefrist beträgt 3 Arbeitstage (Montag – Freitag)**. Eine Nachricht per Email oder auf dem Anrufbeantworter genügt. Nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine muss ich Ihnen voll berechnen, wenn ich den Termin nicht anderweitig belegen kann.

6. Beendigung der Therapie oder Behandlung

- a. Die Behandlung oder Therapie kann jederzeit fristlos gekündigt werden.
- b. Nach Mitteilung der Beendigung sind die innerhalb der folgenden 3 Werktage vereinbarten Sitzungen voll zu bezahlen. Der Samstag gilt hier nicht als Werktag.

7. Kostenübernahme durch die Krankenkassen

- a. Heilpraktikerleistungen werden normalerweise nicht von den gesetzlichen Krankenkassen wie AOK, DAK, IKK, BKK, Techniker etc. honoriert oder erstattet.
- b. Private Versicherungen oder Zusatzversicherungen übernehmen Heilpraktikerleistungen, je nach Vertrag, in unterschiedlichem Umfang.

8. Informationen zum Datenschutz in der Praxis

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir sehr wichtig.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Daten erhebe, speichere und weiterleite. Außerdem möchte ich Sie informieren, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

a. SINN UND ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Ich erhebe, verarbeite und speichere Ihre Daten um Termine zu planen, Rechnungen zu stellen, Sie kontaktieren zu können und den Therapie - bzw. Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir erfüllen zu können.

Das betrifft Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Zu diesen zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde. Entweder wurden diese Daten von mir, oder nach Rücksprache mit Ihnen, von anderen Therapeuten, Heilpraktikern und Ärzten erhoben und an mich übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Andernfalls kann eine sorgfältige Therapie oder Behandlung nicht erfolgen.

b. WEITERGABE IHRER DATEN

Ich gebe Daten von Ihnen nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Versorgungswerke, Gutachter, und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

c. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Alle Daten sind sehr sicher und verschlüsselt bei dieser Praxisverwaltung gespeichert: <https://lemniscus.de>

Ihre Daten sind keinen Dritten zugänglich und werden von mir nicht ohne Ihre Einwilligung weiter gegeben. Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

d. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Braubachstraße 18-22, 60311 Frankfurt am Main

e. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, freue ich mich auf Ihre Nachricht.

Ihr Matthias Kostka

