

Dr. Jürgen Kiechle  
Kognitiver Verhaltenstherapeut & Coach,  
Dozent & Lehrtherapeut

## Privatpsychotherapeutischer Behandlungsvertrag

### Sehr geehrte Patientin/Klientin, sehr geehrter Patient/Klient

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte lesen Sie sich die folgenden Seiten durch und bringen Sie diese Vorabinformationen zu Ihrem Ersttermin mit.

Besten Grüße Ihr Praxisteam!

### Anmeldedaten:

.....

|             |                |              |
|-------------|----------------|--------------|
| NamePatient | VornamePatient | Geburtsdatum |
|-------------|----------------|--------------|

.....

|                        |                           |              |
|------------------------|---------------------------|--------------|
| NameRechnungsempfänger | VornameRechnungsempfänger | Geburtsdatum |
|------------------------|---------------------------|--------------|

.....

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| PLZ, Wohnort | Straße Hausnummer |
|--------------|-------------------|

.....%

|               |                     |          |
|---------------|---------------------|----------|
| Telefonnummer | Krankenversicherung | Beihilfe |
|---------------|---------------------|----------|

.....

Hausarzt

.....

E-Mail (Patient)

- Ich bin **privat krankenversichert ohne/mit Beihilfeberechtigung** und akzeptiere die volle Honorarhöhe nach der offiziellen **Gebührenordnung von Heilpraktikern (GebüH)** und **analog** nach der **Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)** ab. Ich bin bereit, die Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet/erstatten.
- Ich bin **gesetzlich versichert**, habe jedoch eine **private Zusatzversicherung** krankenversichert und akzeptiere die volle Honorarhöhe nach der offiziellen **Gebührenordnung von Heilpraktikern (GebüH)**. Ich bin bereit, die Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet/erstatten.
- Ich bin Selbstzahler und bezahle die gesamte Behandlung ohne einen Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger selbst. Ich akzeptiere die volle Honorarhöhe nach der offiziellen **Gebührenordnung von Heilpraktikern (GebüH)** und **analog nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)**, bzw. das vereinbarte Coaching-Honorar in Höhe von \_\_\_\_\_ €.
- Die Kosten werden übernommen von (z.B.  
Firma): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Die Patientin/der Patient hat eine Kopie des Behandlungsvertrages erhalten.
- Die Patientin/der Patient wünscht keine Kopie des Behandlungsvertrages.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie den Abschluss eines privattherapeutischen Behandlungsvertrages/Coaching-Vertrages in der Privatpraxis für Psychotherapie & Coaching Dr. Kiechle & Concialdi.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Dr. Jürgen Kiechle  
Akazienseige 8  
97084 Würzburg

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten (DSGVO)

Hiermit erteile ich

---

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis von:

**Praxis Dr. Jürgen Kiechle & Concialdi, Akaziensteige 8, 97084 Würzburg**

### Ich bestätige:

- Dass mir die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt wurden: **Therapierelevante Daten werden mit der online Praxisverwaltung LEMNISCUS pgt technology scouting GmbH, Ruschgraben 51, 76139 Karlsruhe und dem Therapieprogramm appointmed.de erhoben und verschlüsselt und passwortgeschützt gespeichert. Gemäß DSGVO. Ich gebe hiermit auch mein Einverständnis per Email, SMS oder auf anderem Wege Termine, Absagen Zusagen etc. zugesandt zu bekommen.**
- Dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der psychologischen Behandlung sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
- Dass ich weiters darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)

### Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Praxis (siehe oben!)



**PAS** DR. HAMMERL



## Einwilligung Verrechnungsstelle

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die **Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS)** mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können. Wir bitten Sie daher, die nachstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten PAS verarbeitet, steht Ihnen jederzeit der Datenschutzbeauftragte zur Verfügung:

### **PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG**

Datenschutzbeauftragter

Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen

Telefon: 09081 2926-0 oder E-Mail: datenschutz@pas-hammerl.de

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

---

### **Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geb. Datum des Patienten \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vertreters \* \_\_\_\_\_

Geb. Datum des Vertreters \* \_\_\_\_\_

\*nur bei abweichenden Rechnungsempfängern (z. B. bei Personen unter 18 Jahren, Geschäftsunfähigen)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte.

Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung und den Einzug der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter  
gesetzlicher Vertreter/in