



## Persönliche Veränderung gestalten

Gaußstraße 176, 22765 Hamburg, Tel.040-389 4421, www.shen-praxis.de  
Sylvia Glatzer – Hamburger Sparkasse  
IBAN: DE91 2005 0550 1042 889 723 BIC: HASPDEHHXXX

### Vereinbarung

#### 1. Allgemeines

Meine Leistungen stelle ich generell nach der aktuellen Gebührenordnung für Heilpraktiker in Rechnung. Alle Behandlungen und Therapien finden ausschließlich zu den nachstehenden Behandlungs- und Therapiebedingungen statt, die der/die Klient(in) bei der Terminabsprache verbindlich anerkennt.

*Ich unterliege der ärztlichen, sowie der Schweigepflicht nach dem Heilpraktikergesetz und gebe keine Informationen an dritte Personen weiter, wenn ich nicht ausdrücklich und in schriftlicher Form vom Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter von der Schweigepflicht entbunden werde.*

#### 2. Kosten

Die Honorare sind von Klienten\*innen bei jedem Termin in bar gegen Quittung zu bezahlen oder falls dies vereinbart wurde auf das angegebene Konto zu überweisen.

***körperbezogene & focusingorientierte Psychotherapie € 150.- für 90 min.// € 110.- für 60 min.***

***Paar-Therapie € 190.- // 90min***

***Shiatsu Behandlung: € 110 für 90min.// € 80.- für 60 min.***

Kostenübernahme von Heilbehandlungen:

- für Privatversicherte sind meine Leistungen Erstattungsfähig.
- Als Heilpraktikerin ist mir die Abrechnung über gesetzliche Krankenkassen nicht möglich
- Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse können die Erstattung der Leistungen über eine Zusatzversicherung (oder individuellen Absprachen mit ihren Kassen) in Anspruch nehmen.

#### 3. Termine & Terminabsage

Bei der Praxis handelt es sich um eine reine Bestellpraxis. Vereinbarte Termine sind daher bitte einzuhalten. Persönliche Absprachen, telefonisch oder die Bestätigung per E-mail gelten als Nachweis der Terminvereinbarung. In Ausnahmefällen kann ein bereits vereinbarter Termin spätestens 24 Stunden vorher (Werktags) kostenlos abgesagt werden. Sollte der vereinbarte Termin verspätet abgesagt, wird bei Einzeltermine (60min) eine Ausfallsentschädigung in Höhe von 80,-€ | bei 90min Termine 110,-€ für diesen ausgefallenen Termin in Rechnung gestellt. Für Shiatsu Behandlungen gelten die gleichen Vereinbarungen, bei einen Ausfallshonorar von 50,-€ / 80,-€.

Wenn der Termin am selben Tag abgesagt wird, wird der gesamte Betrag fällig. Diese Regelung gilt unabhängig von dem Grund der Verhinderung, wie z.B. Vergessen, Verkehrsbehinderung, Witterungsbedingt, eigene Erkrankung oder von Familienangehörigen etc. Ein Anspruch auf einen kostenlosen Ersatztermin besteht nicht.

Das Ausfallshonorar wird spätestens 30 Tage nach dem vereinbarten Termin zur Zahlung fällig. Der Verzugszinssatz beträgt 6%. Vergünstigte „Preis-Blöcke“ sind 4 Monate gültig und verfallen dann.

Absage eines Termins aus dem Block, wird wie ein Einzeltermin berechnet (siehe oben).

Ich habe die oben genannten Vereinbarungen gelesen. Mit dieser Regelung erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

---

Datum/Name/Unterschrift

Steuernummer: 41/072/02205 nach § 4 Nr. 14 S.1 UStG von der Umsatzsteuer befreit



## Persönliche Veränderung gestalten

Gaußstraße 176, 22765 Hamburg, Tel.040-389 4421, [www.shen-praxis.de](http://www.shen-praxis.de)  
Sylvia Glatzer – Hamburger Sparkasse  
IBAN: DE91 2005 0550 1042 889 723 BIC: HASPDEHHXXX

### **Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz im Rahmen der Begleitung durch Sylvia Glatzer, Heilpraktikerin, Körpertherapeutin,**

Ich bin damit einverstanden, dass Sylvia Glatzer im Rahmen der Behandlung, Therapie oder Coaching die von mir angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, biografische Daten und Gesundheitsdaten, zum Zwecke der Behandlung, therapeutischen Begleitung, Kontaktaufnahme und Rechnungsstellung erfassen und verwenden kann.

Die Erfassung und Verwendung von biografische Daten und Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich zum Zweck einer möglichst guten Anamnese und Behandlung sowie therapeutischen Begleitung in der Praxis. Das Verzeichnis der Verarbeitungsprozesse und die Dokumentation der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz, gemäß der geltenden Vorschriften habe ich zur Kenntnis genommen.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Name Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.