



Hubert Auth
Heilpraktiker beschränkt auf Psychotherapie
Emanuel-Krebs-Str. 9
63773 Goldbach

Telefon (06021) 6248390, mobil (0170) 4625550
E-Mail: info@psychotherapie-auth.de

Behandlungsvereinbarung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sie sind heute zum ersten Mal in meiner Praxis oder haben sich für einen Ersttermin angemeldet.
Um Ihnen schnell und effektiv helfen zu können, bedarf ich ihrer aktiven Mithilfe.
Bitte gehen Sie davon aus, dass Sie bei einer Kurzzeitbehandlung mit Klopftherapie **mindestens drei Sitzungen** einplanen müssen, um eine dauerhafte Veränderung zu ermöglichen - auch wenn Sie sich nach der ersten oder zweiten Sitzung womöglich schon besser fühlen!
Selbstverständlich können Sie natürlich auch weitere Sitzungen vereinbaren.
Da die **2. Sitzung relativ zeitnah** nach der ersten erfolgen sollte, ist es ratsam, diese gleich mit zu planen.
Die **Kosten für die Therapiesitzungen** betragen jeweils **90,-€**.
Paar- u. Familiengespräche kosten grundsätzlich **100,-€**.
Ebenso die **Einzelbehandlung am Wochenende**.
Die **Behandlungsdauer** beträgt ca. **45 Minuten**.
Gegen entsprechenden Aufpreis kann die Dauer der Sitzung auch verlängert werden.

Wenn in ihrer Krankenversicherung "heilpraktische Leistungen" eingeschlossen sind, übernehmen i.d.R. die Kassen diese Leistungen ganz oder teilweise (Abrechnung nach **GebÜH**).
U.U. sind auch die gesetzl. Kassen zu Zuschüssen oder „Präventionssitzungen“ bereit.
Klären Sie dies bitte vor Beginn der Therapie ab.
Aus organisatorischen Gründen wird das **Honorar grundsätzlich unmittelbar nach der Therapiestunde in bar (keine Kartenzahlung!)** beglichen.
Auf Wunsch ist auch **telefonische bzw. Video-Beratung** möglich.
Da ich energetisch arbeite und nur wenige Patienten annehme, bin ich deshalb auf eine **zuverlässige Terminvereinbarung** angewiesen!

Können Sie daher vereinbarte Termine nicht wahrnehmen, informieren Sie mich bitte baldmöglichst und immer auf folgender Handynummer: 0170 4625550 – spätestens jedoch 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin.
Ansonsten bitte ich um Verständnis, dass ich Ihnen den vollen Ausfall berechnen muss.

Ich bin mit der Behandlungsvereinbarung einverstanden.

.....
Datum

Name

Unterschrift