



TINA LUTZ

Heilpraktikerin für Psychotherapie

PRAXIS FÜR SYSTEMISCHE & KÖRPERORIENTIERTE TRAUMATHERAPIE

Name & Vorname	
Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Beruf	
Krankenkasse/ Zusatzversicherung	
Hobbies / Interessen	
Talente/Fähigkeiten	
Symptome evtl. Diagnosen	
Wunschfrage: Was soll anders sein, wenn sie aus meiner Praxis rausgehen?	

# BEHANDLUNGSVERTRAG ZWISCHEN TINA LUTZ UND VORNE GENANNTEN KLIENT\*IN:

1. Eine Psychotherapie ersetzt keine körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt. Bei Beschwerden mit Krankheitswert ist ärztliche Hilfe aufzusuchen.
2. Die Behandlungen sind grundsätzlich als Privatleistung vom Klienten direkt an die Praxis von Tina Lutz zu zahlen. Mögliche Kostenerstattungen durch Leistungsträger (Privatversicherung/Zusatzversicherung) sind in eigener Zuständigkeit zu klären. Ablehnung einer Kostenerstattung oder nur Teilerstattung haben keinen Einfluss auf das geschuldete Honorar.

Derzeit gelten folgende Honorare:

**Einzel - Sitzung:** 100 € / 60 Minuten  
(Erwachsene/Jugendliche/Kind) Jede weitere 15 Minuten werden mit 25 € berechnet.

**Paar-/Familien - Sitzung:** 160 € / 60 Minuten  
Jede weitere 15 Minuten werden mit 40 € berechnet.

**Systemische Einzel-Aufstellung:** 280 € / 120 Minuten  
(Familie/Beruf/Gesundheit) Jede weitere 15 Minuten werden mit 70 € berechnet.

3. Vereinbarte Termine sind bis **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen (Anrufbeantworter/E-Mail). **Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in voller Höhe berechnet.**
4. In der Praxis von Tina Lutz besteht **Schweigepflicht**. Nur auf ausdrücklichen Wunsch und schriftlicher Ermächtigung des Klienten werden Teilinformationen weitergegeben, z.B. zum Zweck der Kostenerstattung durch Leistungsträger. Die Pflicht zur Verschwiegenheit gilt auf unbegrenzte Zeit, auch nach Abschluss der Behandlung.

Mit ihrer Unterschrift stimmen Sie dem Behandlungsvertrag zu.

---

Datum, Ort

Unterschrift

Sie möchten über Veranstaltungen von mir per Mail informiert werden?  
(Bitte mit ihrer Unterschrift bestätigen.)

---

Datum

Unterschrift

# INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Nach der **EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)** ist Tina Lutz verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die Praxis ihre Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Tina Lutz, Feuerbachstr. 27 in 65428 Rüsselsheim, Tel.: 06142 2082310, kontakt@tina-lutz.de

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen & der Praxis Tina Lutz zu erfüllen. Zu diesen Zwecken können auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Tina Lutz Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Aufgrund der rechtlichen Vorgaben muss Tina Lutz ihre personenbezogenen Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Im Anschluss werden ihre Daten datenschutzkonform vernichtet.

## 5. 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 benötigt Tina Lutz 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.

Mit ihrer Unterschrift stimmen Sie den oben aufgeführten Informationen zu.

---

Datum, Ort

Unterschrift