



### Therapie- und Leistungsvertrag

**Nach ausführlichen Informationen über die Bedingungen einer Therapie (Paar-, Sexual oder Psychotherapie) wird zwischen**

Praxisstempel

Nachfolgend - **Therapeutin** - genannt

Und

Frau/Herr \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Nachfolgend – **Patient\*in** – genannt

die Durchführung einer therapeutischen Behandlung bei dem Patienten vereinbart,

privat versichert bei \_\_\_\_\_  
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Anschrift der Privatversicherung \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Der Patient entscheidet sich eigenständig gemäß der folgenden Erklärung, eine der angebotenen Therapiemöglichkeiten und Leistungen in Form von Online-Sitzungen in Anspruch zu nehmen.

**Paartherapie**

Paartherapie ist ein therapeutisches Angebot, das Paaren hilft, Konflikte zu lösen, die Kommunikation zu verbessern und eine tiefere Verbindung zueinander zu entwickeln. Ziel ist es, gemeinsam an Herausforderungen in der Beziehung zu arbeiten und das gegenseitige Verständnis zu stärken, um eine erfüllende Partnerschaft zu fördern.

**Sexualtherapie**

Sexualtherapie ist eine therapeutische Behandlungsmethode, die darauf abzielt, Menschen bei der

Bewältigung von Problemen und Herausforderungen im Bereich der Sexualität zu unterstützen. Sie bietet einen sicheren und vertraulichen Rahmen, um persönliche, partnerschaftliche oder gesundheitliche Themen zu besprechen und individuelle Lösungen zu finden, die das sexuelle Wohlbefinden und die Lebensqualität verbessern.

**Psychotherapie**

Psychotherapie ist ein wissenschaftlich fundiertes Heilverfahren, das psychische Erkrankungen und belastende Lebenssituationen durch Gespräche und gezielte therapeutische Methoden behandelt. Ziel der Psychotherapie ist es, das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu verbessern, persönliche Ressourcen zu stärken und die psychische Gesundheit zu stabilisieren.

**Coaching**

Das Coaching für Erotikprodukte („Sextoy-Party“) umfasst eine individuelle Beratung und Unterstützung zur Anwendung und Auswahl bestimmter Bereiche von erotischer Produkte, um das persönliche Wohlbefinden und die sinnliche Erfahrung zu fördern. Dieses Coaching dient ausschließlich der Information und Begleitung und ist keine Form der Therapie. Es zielt darauf ab, Wissen und Verständnis über Produkte und deren Anwendung beispielsweise im partnerschaftlichen Kontext zu vermitteln und ersetzt in keiner Weise psychotherapeutische oder medizinische Behandlungen. Zudem handelt es sich nicht um ein Verkaufsgespräch.

Die Therapiekosten sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten abgerechnet werden.

**Ich bin privat versichert**

Die Psychotherapienkosten werden mir durch die Therapeutin gemäß §611 BGB in Rechnung gestellt und werden durch mich zu Lasten der o.a. privaten Krankenversicherung berechnet. Alle sonstigen Leistungen können nur durch mich als Selbstzahler erbracht werden.

**Ich möchte die Therapie- oder Leistungsangebotskosten selbst zahlen**

Die Kosten für die Therapie oder das Leistungsangebot werden von der Therapeutin gemäß § 611 BGB in Rechnung gestellt und sind vom/von der Patient\*in eigenständig innerhalb von 5 Werktagen nach jeder Sitzung/Beratung auf das in der Rechnung angegebene Konto zu überweisen.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Zahlung durch Familienmitglieder/Partner u.Ä.) schuldet der/die Patient\*in das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung gegenüber der Therapeutin.

**Zusätzlich vereinbart der/die Patient\*in und die Therapeutin folgendes:**

Der Patient verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Termin spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird dem Patienten 50 % des der Therapeutin zustehenden Honorars in Rechnung gestellt. Das Ausfallhonorar hat der/die Patient\*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch private Versicherungen findet in diesem Fall nicht statt. Vorstehende Regelungen gilt jedoch dann nicht, sofern der/die Patient\*in nachweist, dass der Therapeutin durch die Terminabsage tatsächlich ein Schaden nicht entstanden ist.

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift Therapeutin