

# Datenschutz

**Datenschutzvereinbarung** – bitte ausfüllen, einscannen/fotografieren und unterschrieben zurückmailen

Ihr Name | Geburtsdatum | Anschrift

Ihre Telefonnummer | Email

Ersttermin am

Datum und Uhrzeit

in der Praxis

per Video

per Telefon

## Beratung und Therapie per Video und Telefon

Wie Beratung und Therapie im Allgemeinen unterliegen auch beraterische und therapeutische Gespräche per Telefon oder mittels Internet/Video (z.B. Red Medical (<https://www.redmedical.de/datenschutzhinweise/>), Zoom (<https://www.zoom.com/de/trust/privacy/>) der Schweigepflicht. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass solche technik-basierten Beratungs- und Therapiesprache allerdings grundsätzlich nicht abhörsicher sind. Mit Ihrer u.a. Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass ich per Telefon oder Internet Kontakt zu Ihnen aufnehmen darf. Die entsprechenden Datenschutzbestimmungen auf S. 2 haben Sie zur Kenntnis genommen, und Sie willigen ein.

Sie verpflichten sich, keine Bild- oder Tonaufzeichnungen des Gespräches/Seminars zu machen und dafür Sorge zu tragen, dass außer Ihnen niemand das Gespräch verfolgen kann. Bitte sorgen Sie im Vorfeld dafür, dass das Gespräch/Seminar per Internet/Video bei Ihnen in einem störungsfreien Raum mit stabiler Internetverbindung stattfinden kann.

## Versand personenbezogener Daten

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, solange Sie keine schriftliche Einwilligung erteilen. Hiermit erklären Sie sich mit dem Versand von Daten (z.B. Kontaktaufnahme, Terminvereinbarungen, Rechnungen) via E-Mail/Telefon u.ä. einverstanden. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind Ihnen bewusst.

## Datenspeicherung

Aufgrund berufsrechtlicher Vorgaben bin ich verpflichtet, therapeutische Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Behandlungsabschluss aufzubewahren.

## Videoüberwachung

Der Weg zur Praxis und der Eingangsbereich in der Praxis sind videoüberwacht.

## Honorar und Absagemodalitäten

Mit der Wahrnehmung einer psychosozialen Beratung/Therapie erklären Sie sich einverstanden, das vereinbarte Honorar fristgerecht zu zahlen. Die Absagemodalitäten haben Sie zur Kenntnis genommen.

**Honorar:** € 105,00 innerhalb der Praxiszeiten (Montags bis Donnerstags, 9.00 bis 18.00 Uhr, Freitags 9.00 Uhr bis 15.00 Uhr) bzw. € 145,00 außerhalb der Praxiszeiten (Montags bis Donnerstags vor 9.00 Uhr und ab 18.00 Uhr, Freitags vor 9.00 Uhr und ab 15.00 Uhr sowie Samstags, Sonntags und Feiertags). Wenn es Ihnen nicht möglich ist, mein Honorar zu zahlen, sprechen Sie mich bitte an. Die Therapie/Beratung muss nicht aus Kostengründen scheitern.

**Honorarzahlung:** Beratung/Therapie: 14 Tage nach Rechnungsstellung. Seminar: 2 Wochen vor dem Seminar.

**Absagemodalitäten:** Beratung/Therapie: Bei einer Terminabsage von 48 Stunden oder mehr vor vereinbartem Termin stelle ich kein Honorar in Rechnung. Bei Absagen oder Terminverschiebungen von weniger als 48 Stunden stelle ich Ihnen mein Honorar in Rechnung, da diese Termine nicht mehr anderweitig vergeben werden können. Seminar: gem. Anmeldeformular.

Ort | Datum | Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)



Praxis Dr. Petra Thorn

Dipl.-Sozialarbeiterin  
Dipl.-Sozialtherapeutin  
Familientherapeutin DGSF

Paar- und Familientherapie  
Kinderwunschberatung



Langener Str. 37  
D-64546 Mörfelden  
06105 22629

mail@pthorn.de  
www.pthorn.de



Consors Bank/BNP  
BIC DAB BDE MM  
IBAN DE47 7012  
0400 8481 6720 07

