

Praxis für Psychotherapie
und Kinesiologie
Diplompsychologin
Heilpraktikerin für Psychotherapie

Juliane Kiss



Sitzungsvereinbarung

Name der Klientin, des
Klienten

.....

Strasse, Nr.:

.....

PLZ, Ort:

.....

Geburtsdatum :

.....

Beruf:

.....

Telefon privat:

.....

Telefon geschäftlich:

.....

Handy:

.....

Email:

.....

**Praxis für Psychotherapie
und Kinesiologie
Diplompsychologin
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Juliane Kiss**

Brautstraße 5
27305 Bruchhausen-Vilsen
Tel. 04247 9703434
mail: jk@praxisfuerkinesiologie.de
www.praxisfuerkinesiologie.de

Bankverbindung:
Volksbank Sulingen
IBAN: DE23 2569 1633 0092 1203 00
BIC: GENODEF 1SUL

St.-Nr.: 45 / 122 / 02446

Praxis für Psychotherapie
und Kinesiologie
Diplompsychologin
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Juliane Kiss



In der Ausführung meiner Arbeit lasse ich mich von folgenden Grundsätzen leiten:

- Es ist für mich selbstverständlich, das Berufsgeheimnis zu wahren.
- Ich empfehle meinen Klienten und Klientinnen, bei krankhaften Veränderungen in jedem Fall eine/n Ärztin/Arzt bzw. Heilpraktiker/in für Naturheilkunde aufzusuchen, resp. in ärztlicher Behandlung zu bleiben.
- Ich stelle im kinesiologischen Bereich keine Diagnosen.
- Eine psychotherapeutische oder kinesiologische Sitzung dauert im Regelfall bis zu 50 Minuten.
- Mein Tarif beträgt für eine **Sitzung 95.- € pro Sitzung**.
- Die Bezahlung erfolgt bar nach der jeweiligen Sitzung.
- **Vereinbarte Termine sind verbindlich.** Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich um eine frühzeitige **telefonische** Absage
- Bei Absagen im Zeitraum von **48 Stunden** vor dem vereinbarten Termin wird Ihnen die Sitzung in Rechnung gestellt.

- Die Klientin/ der Klient wurde über den Inhalt der Sitzungen aufgeklärt. Es unterliegt der freien Entscheidung der Klientin/des Klienten die psychotherapeutischen oder kinesiologische Sitzungen in Anspruch zu nehmen.

- Der Verlauf der Sitzung liegt in der eigenen Verantwortung des/der Klienten/in.
- Die beratenden Sitzungen können eine ärztliche oder psychologische Behandlung nicht ersetzen.
Dem/der Klient/in ist bekannt, dass in den psychotherapeutischen und kinesiologischen Sitzungen keine medizinischen Kenntnisse oder Fertigkeiten angewendet werden.

Ich habe die Sitzungsvereinbarung gelesen und deren Inhalt zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift:

Praxis für Psychotherapie
und Kinesiologie
Diplompsychologin
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Juliane Kiss

Brautstraße 5
27305 Bruchhausen-Vilsen
Tel. 04247 9703434
mail: jk@praxisfuerkinesiologie.de
www.praxisfuerkinesiologie.de

Bankverbindung:
Volksbank Sulingen
IBAN: DE23 2569 1633 0092 1203 00
BIC: GENODEF 1SUL

St.-Nr.: 45 / 122 / 02446