

Mag. Manuel Hanschitz, BA

Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene - Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision
Lebens- und Sozialberatung - Psychologische Beratung - Coaching & Supervision

Bleiburger Straße 35 - 9141 Eberndorf

Tel.: 0677 632 332 27 - E-Mail: praxis@psychotherapie-hanschitz.at - www.psychotherapie-hanschitz.at

Informationsblatt für Psychotherapie via (Video-)Telefon

Bevor wir unsere Zusammenarbeit beginnen, möchte ich Ihnen einige Informationen zu meiner psychotherapeutischen Arbeit geben. Ich orientiere mich in meiner Arbeit an der gesetzlichen Lage in Österreich sowie an internationalen Standards.

- Psychotherapie ist die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen mit einer anerkannten psychotherapeutischen Methode.
- Alles was Sie in der psychotherapeutischen Sitzung besprechen, bleibt unter uns. Ich bin diesbezüglich gesetzlich zur **Verschwiegenheit** verpflichtet, auch gegenüber Behörden, ÄrztInnen, Angehörigen etc.

Rahmenbedingungen:

- **Termine**
Der äußere Rahmen der Psychotherapie besteht aus regelmäßigen Sitzungen. Eine Therapieeinheit dauert 50 Minuten.
- **Psychotherapie mittels Telefon oder via Videotelefonat**
Auf Wunsch können derzeit und bis auf Widerruf Therapiesitzungen mittels Telefon oder via Videotelefonat durchgeführt werden. Dafür nutze ich den Dienst „Therapsy Connect“, der Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet.
- **Absagen**
Als verbindlich setze ich voraus, dass Sie die gemeinsam vereinbarten Termine einhalten. Sollte es Ihnen jedoch nicht möglich sein, einen Termin wahrzunehmen, so bitte ich Sie um eine **telefonische Absage bis spätestens 48 Stunden im Voraus**. Dies ist für Sie kostenlos, anderenfalls muss ich Ihnen die vereinbarte Sitzung in Rechnung stellen.
Absagen sind **ausschließlich telefonisch** möglich.
- **Zahlungsmodalitäten**
Überweisung nach Übermittlung der Honorarnote.
- **Honorar**
Als Honorar wird vereinbart: Einzelstunde (50 Minuten) € 70.-
Doppelstunde (100 Minuten) € 140.-

Ich nehme diese Vereinbarung als Basis und Rahmenbedingung meiner Therapiesitzungen zur Kenntnis.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Name in Blockbuchstaben