



Bitte füllen Sie diesen Bogen aus.

1. Persönliche Daten

Vorname

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Geburtsdatum

Grund der Hypnose

Nachname

PLZ, Ort

Email-Adresse

2. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung Google Soziale Netzwerke Zeitung Podcast

Sonstiges

3. Haben Sie Erfahrung mit Hypnose?

- Ja Nein

4. Haben Sie diagnostizierte gesundheitliche Einschränkungen (psychisch/körperlich)?
(bspw. Epilepsie, Depression, Psychose etc.)

- Ja Nein Wenn ja, welche? _____

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein Wenn ja, welche? _____



6. Wann begannen die Auffälligkeiten/Probleme?

7. Was haben Sie diesbezüglich bereits unternommen? (z.B. Therapien, etc.)

8. Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit psychischen Erkrankungen?

9. Gibt es weitere relevante Besonderheiten in Ihrem Leben?



Einverständnis & Abrechnung

Mir ist bewusst, dass ich für einen entsprechenden Therapieerfolg mitverantwortlich bin. Ich bin damit einverstanden, dass ich in Ihrer Praxis mit den vorgestellten Behandlungsmethoden behandelt werde. Die Hypnosebehandlung ersetzt keine ärztliche Behandlung oder Therapie.

Mir ist bekannt, dass die erhaltene Leistung eine **Privatleistung** ist und die Rechnung, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Zusatzversicherungen, an Lifestyle-Hypnose zu zahlen ist. Eine Erstsitzung wird mit 260,- € und eine Folgesitzung mit 130,- € in Rechnung gestellt. Nach Abschluss der Behandlung geht Ihnen eine Rechnung über eine Hypnosebehandlung zu.

Sind sie privat versichert oder sollten sie über eine Zusatzversicherung verfügen, so teilen Sie uns dies bitte zwingend auf diesem Bogen mit, damit wir ggf. die Rechnung entsprechend ausstellen können.

- Ja, ich bin privat versichert und/ oder verfüge über eine Zusatzversicherung.

Änderungen an bereits versandten Rechnungen können nicht mehr vorgenommen werden.

Ich bestätige die o.g. Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und erteile mein Einverständnis:

Datum

Unterschrift

Einwilligung in die Datennutzung

(bei Kindern unter 16 Jahren durch die Eltern/ Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Hypnosepraxis (Vertragspartner) um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Hypnosepraxis (Vertragspartner) die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

1. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Labor, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrundeliegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
2. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (**Gesundheitsdaten**) umfasst.
3. Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
4. Meine Einwilligung erfolgt **freiwillig**. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
5. Den Inhalt der oben abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Unterschrift

Verantwortliche im Sinne des Datenschutzes: Dipl.-Päd. Pia Brüggemann, Heilpraktikerin; Silvesterstraße 6, 46348 Raesfeld

Newsletter:

Ich willige zudem ein, dass mir regelmäßig ein Newsletter via Mail zugestellt werden darf.
Diese Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen:

Mailadresse: _____

Ort, Datum, Unterschrift