



Erzähl mir etwas über Dich!

1. Persönliche Daten

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

2. Welche Schulform besuchst du? (Kreuze an):

☐ Grundschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium

☐ Gesamtschule ☐ Sekundarschule ☐ Kindergarten

☐ Andere, und zwar:

In welche Klasse gehst du?

3. Hast du Geschwister? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele?

Wie alt sind sie?

4. Wie würdest du dich selbst beschreiben? (z.B. Hobbies, Lieblingstier, Vorbilder, optimaler Tag, was magst du?, wer, was ist dir wichtig?, was würdest du in deine (Insta oder Whatsapp) Story stellen?):



5. Wurdest du schon einmal hypnotisiert? ☐ Ja ☐ Nein

Kennst du jemanden, der schon einmal hypnotisiert wurde? ☐ Ja ☐ Nein

6. Warum bist du hier?/ Was ist unser Thema?/ Wobei soll dir deine Hypnose helfen?

7. Seit wann beschäftigt dich dieses Thema (Problem)?

8. Kannst du einen Grund/Auslöser benennen?

9. Was hast du schon unternommen? / Welche Therapien hast du schon gemacht?



10. Wie stark belastet dich dein Thema (Problem) momentan? Kreuze an in der Skala von 1-10, wobei 1 wenig bedeutet und 10 eine extreme Belastung meint:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

11. Was sollte ich unbedingt wissen über....

...dich?

...dein Thema / dein Problem?

...dein Ziel?

**Ich bin bereit, bei der Hypnose mitzumachen
und die Behandlung so gut ich kann zu unterstützen.**

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