



Bitte füllen Sie diesen Bogen im Namen Ihres Kindes aus.

1. Persönliche Daten des Kindes

Vorname ihres Kindes

Straße, Hausnummer

Telefonnummer (Handy-Nr. der Eltern)

Geburtsdatum ihres Kindes

Grund der Hypnose

2. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung Google Soziale Netzwerke Zeitung Podcast

Sonstiges

3. Haben Sie (oder ihr Kind) Erfahrung mit Hypnose?

- Ja Nein

4. Hat Ihr Kind diagnostizierte gesundheitliche Einschränkungen (psychisch/körperlich)?
(bspw. Epilepsie, Depression, Psychose etc.)

- Ja Nein Wenn ja, welche? _____

5. Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein Wenn ja, welche? _____



6. Daten der Eltern

Vorname der Mutter

Nachname der Mutter

Vorname des Vaters

Nachname des Vaters

7. Wer ist sorgeberechtigt?

Beide Mutter Vater Andere: _____

8. Hat ihr Kind Geschwister?

Ja Nein Wenn ja, wie viele? _____ Wie alt? _____

9. Welche Personen leben im Haushalt Ihres Kindes?

10. Wann begannen die Auffälligkeiten/Probleme?

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

12. Gibt es in der Familie Ihres Kindes Angehörige mit psychischen Erkrankungen?



13. Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Behandlung?

14. Gibt es weitere relevante Besonderheiten im Leben Ihres Kindes?

Einverständnis & Abrechnung

Die Methodik der Kinder- und Jugendhypnose und der angewandten Trancetechniken wurden mir/uns eingehend erläutert. Mir/uns ist bewusst, dass sowohl die Eltern, als auch das Kind für einen entsprechenden Therapieerfolg mitverantwortlich sind. Die Hypnosebehandlung ersetzt keine ärztliche Behandlung oder Therapie. **Mit der Unterschrift eines Elternteils bestätige/n ich/wir, dass beide Eltern mit der Behandlung und den vorgestellten Behandlungsmethoden einverstanden sind.**

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