

Kopf Herz & Bauch Hypnose

Anamnesebogen Eltern

1. Persönliche Daten des Kindes

Vorname Ihres Kindes

Nachname Ihres Kindes

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer der Eltern

Email-Adresse der Eltern

Geburtsdatum

Grund der Hypnose

2. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

Google

Instagram

Zeitung

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? _____

Kopf Herz & Bauch Hypnose

6. Daten der Eltern

Vorname 1. Elternteil _____

Nachname 1. Elternteil _____

Vorname 2. Elternteil _____

Nachname 2. Elternteil _____

7. Wer ist sorgeberechtigt?

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?

Kopf Herz & Bauch Hypnose

13. Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Behandlung?

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

Vielen Dank für die umfangreichen Informationen!

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.

Ich/Wir sind einverstanden, dass unser Kind in Ihrer Praxis hypnotisiert wird.

Die Hypnosebehandlung ersetzt keine ärztliche Behandlung oder Therapie.

Termine, die nicht mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, werden zu 100 % in Rechnung gestellt.

Datum

Unterschrift

Kopf Herz & Bauch Hypnose

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.

Datum

Unterschrift

Verantwortliche im Sinne des Datenschutzes:

Denise Bussmann, Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin M.A., Aechterhook 5, 48691 Vreden