

Kopf Herz & Bauch Hypnose

Anamnesebogen Erwachsene

1. Persönliche Daten

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Email-Adresse

Geburtsdatum

Grund der Hypnose

2. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

Google

Instagram

Zeitung

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? _____

Kopf Herz & Bauch Hypnose

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?

Vielen Dank für die umfangreichen Informationen!

Mir ist bewusst, dass ich für einen entsprechenden Therapieerfolg mitverantwortlich bin.

Ich bin einverstanden, dass ich in Ihrer Praxis hypnotisiert werde.

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