

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name

Vorname

Straße

PLZ ORT

Telefon

Geburtsdatum

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis unterliegen einer strengen Schweigepflicht.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Stefanie Schulte, Bismarckstr. 63-65, 41061 MG, 02161/3048384

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen Helga
Block, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 02 11/384 24-0, Telefax: 02 11/384
24-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Stefanie Schulte und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist und den gesetzlichen Vorgaben entspricht.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist.

6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, E-Mails zwecks Information, Organisation und Behandlung zu erhalten.

7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren. Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/ Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

(Ort, Datum)

.....
Unterschrift Klient

Aufnahmebogen Hypnose

Vereinbarter Termin, (Datum, Uhrzeit)

Nachname

Vorname

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf

Beziehungsstatus: verheiratet / ledig / verwitwet

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Leiden Sie unter körperlichen Erkrankungen?

FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Haben Sie Schmerzen? Seit wann? Wo?

Nein Ja _____

Haben Sie Osteoporose?

Nein Ja _____

Leiden Sie unter Husten oder Atemnot?

Nein Ja _____

Leiden Sie unter Herz-Kreislaufbeschwerden?
Herzschmerzen? Schwindel?

Nein Ja _____

Haben Sie Probleme mit dem Hören/Sehen?

Nein Ja _____

Haben Sie Halsschmerzen, Schluckschmerzen
oder Heiserkeit?

Nein Ja _____

Beschwerden während oder nach dem Essen?
Übelkeit, Erbrechen oder Sodbrennen?

Nein Ja _____

Beschwerden beim Stuhlgang/Wasserlassen?

Nein Ja _____

Haben Sie Gelenksbeschwerden?

Nein Ja _____

Haben Sie neurologische Beschwerden?

Nein Ja _____

Leiden Sie unter Hautveränderungen/jucken?

Nein Ja _____

Frau: Treten Beschwerden im Zusammenhang
mit der Regelblutung auf? Sind Sie schwanger?

Nein Ja _____

Mann: Treten Erektionsstörungen auf?

Nein Ja _____

Probleme in der Familie/ im Freundeskreis
oder fehlen Ihnen soziale Kontakte?

Nein Ja _____

Traten Erkrankungen in der Familie gehäuft
auf (Eltern, Großeltern, Geschwister)?

Nein Ja _____

Besondere Belastungen am Arbeitsplatz?

Nein Ja _____

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht verändert?

Nein Ja _____

Haben Sie Ein- oder Durchschlafprobleme?

Nein Ja _____

Haben Sie große Sorgen oder fühlen sich
nervös bzw. psychisch krank?

Nein Ja _____

Bestehen Allergien oder
Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Nein Ja _____

Leiden Sie an anderen, bisher noch nicht
genannten Symptomen, Einschränkungen,
Veränderungen?

Nein Ja _____

Rauchen Sie? Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja _____

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen?

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Beruf / Privatleben – oder würden Sie gerne etwas ändern?

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Anliegen / Was ist Ihr Ziel?

Der Preis pro Hypnose Sitzung (45 Minuten) beträgt 85 Euro.

Die Sitzung ist am Ende bar zu begleichen, Sie erhalten von mir eine Quittung.

Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz / Psychologische Beratung ersetzt keine körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt. Bei Beschwerden mit Krankheitswert begeben Sie sich bitte in die Behandlung eines Arztes. Jede/r Klient/in entscheidet selbst, inwieweit er/sie sich auf die angebotenen Prozesse/ Erfahrungen / Informationen einlässt und ist für sich selbst, sein Leben und seine Entscheidungen verantwortlich. Die Behandlungskosten werden nicht von gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Die Behandlungskosten sind unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen an die Heilpraktikerin für Psychotherapie bar nach der Sitzung zu zahlen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die obigen Daten im Rahmen der Dokumentationspflicht der Heilpraktikerin für Psychotherapie erhoben werden und gespeichert werden dürfen. Ihre Datenangabe ist freiwillig. Die Daten sind streng vertraulich, werden nicht an Dritte weitergegeben und können jederzeit eingesehen werden.

Datum, Unterschrift