

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, Dürerstr. 18, 41063 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

Nachname

Vorname

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf

Beziehungsstatus: verheiratet Beziehung Single Verwitwet

Haben Sie Kinder? Nein Ja _____

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja – bitte kurz auflisten:

Leiden Sie unter körperlichen Erkrankungen? Nein Ja – bitte kurz erläutern

(Achtung!!! – eine Hypnose ist nicht erlaubt bei Schwangerschaft, Psychosen, Schizophrenie, schweren Depressionen, Epilepsie, Herzinfarkt oder Schlaganfall, der erst ein paar Wochen zurückliegt, Thrombosen, niedrigem Blutdruck, Alkohol- Drogen oder Medikamenten-Abhängigkeit, Erkrankungen des Zentralen Nervensystems, z.B. Parkinson)

Gibt es Probleme im familiären Bereich / Freundeskreis / Verwandtschaft?

Nein Ja – bitte kurz erläutern

Gibt es berufliche Probleme? Nein Ja – bitte kurz erläutern

Rauchen Sie? Trinken Sie Alkohol? Leiden Sie unter sonstigen Süchten oder nehmen Drogen? Nein Ja – bitte kurz erläutern

Leiden Sie unter Ängsten oder Phobien, wenn ja welche? Nein Ja – bitte kurz erläutern

Leiden Sie unter Zwängen oder dem Drang, bestimmte Dinge machen zu müssen?

Nein Ja – bitte kurz erläutern

Haben Sie schon einmal Stimmen gehört oder das Gefühl gehabt "ferngesteuert" zu sein?

Nein Ja – bitte kurz erläutern

Haben Sie das Gefühl, Sie werden beobachtet oder verfolgt?

Nein Ja – bitte kurz erläutern

Hatten Sie schon einmal Selbstmordgedanken? Wenn ja, warum und wann?

Nein Ja – bitte kurz erläutern

Haben Sie Schlafprobleme? Einschlafen, Durchschlafen...

Nein Ja – bitte kurz erläutern

Gibt es sonstige Sorgen / Probleme oder Dinge, die Sie belasten?

Nein Ja – bitte kurz erläutern

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

Honorar

Das Honorar richtet sich nach der Zeit.

Ersttermin 60 Min. = 90 €

Folgetermine: 60 Min. = 90 €, 90 Min. = 130 €

Die Sitzung ist am Ende bar zu begleichen, Sie erhalten von mir eine Quittung. Oder Sie können das Honorar überweisen.

Die Behandlungskosten werden nicht von den 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.

Storno-Regelung

Meine Praxis ist eine **Bestellpraxis**, d. h. **ich habe für Sie 60 oder 90 Minuten reserviert und den Termin geblockt**. Der vereinbarte Termin ist **verbindlich**.

Bei einer Terminabsage Ihrerseits ist es mir nicht möglich, einen anderen Klienten in die Lücke zu schieben.

Ich bitte daher um Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe, dass Termine **spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden** (per EMail, SMS oder telefonisch auf die Mailbox sprechen).

Eine Absage 24 Stunden vorher ist kostenlos. **Bei späteren Absagen** oder Absagen am Tag des Termins oder Nichterscheinen ohne Absage **muss ich leider 50 % des Honorars in Rechnung stellen..**

Arzt aufsuchen

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.

Freie Entscheidung

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.

Dokumentationspflicht

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