

Petra Oechsner - Heilpraktikerin

Praxis für Medizinische Hypnose

www.praxis-petra-oechsner.de - Mobil: 0172 68 17 460

Email: petra.oechsner@gmx.net

Anamnese für die Einzelsitzung in Selbsthypnose

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geb.: _____

Mein Ist-Zustand (was möchte ich verändern?):

Mein Ziel (was möchte ich erreichen?):

Seit wann besteht das Problem/Thema/Symptom/der Wunsch?:

Was haben Sie bereits dagegen unternommen?

Mit welchem Erfolg?

Bestehen Erkrankungen wie Epilepsie, Schizophrenie oder andere
Persönlichkeitsstörungen?:

Wenn ja, welche?

Petra Oechsner - Heilpraktikerin

Praxis für Medizinische Hypnose

www.praxis-petra-oechsner.de - Mobil: 0172 68 17 460

Email: petra.oechsner@gmx.net

Gibt es sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen?

Haben Sie Erfahrung mit Meditation oder ähnlichen Methoden?

Information über das Thema der Heilversprechen:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mir bekannt ist, dass die angewendeten Verfahren auf jeden Menschen unterschiedlich wirken können und daher kein Heilversprechen in irgendeiner Form von Seiten der Beraterin gegeben werden kann. Ich werde im kostenlosen Vorgespräch (die ersten 30 Minuten der ersten Sitzung) über die Art der Anwendung sowie die Kosten und den voraussichtlichen Umfang aufgeklärt.

Ort und Datum

Unterschrift des Kunden/Klienten

Diesen Bogen wenn möglich, bitte ausdrucken, ausfüllen und zur Sitzung mitbringen. Er dient meiner Information. Füllen Sie bitte auch das Arbeitsblatt Selbsthypnose aus und bringen es zur Sitzung mit. Es dient als Vorlage für eine erfolgreiche Sitzung und Ihrer effektiven Vorbereitung.

Bitte auch die Datenschutzerklärung auf der nächsten Seite unterschreiben. Danke

Petra Oechsner - Heilpraktikerin

Praxis für Medizinische Hypnose

www.praxis-petra-oechsner.de - Mobil: 0172 68 17 460

Email: petra.oechsner@gmx.net

Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung Datenerhebung (bitte ankreuzen)

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation sicher gespeichert werden. (Die Therapie erfolgt unter Einhaltung der Schweigepflicht. Die Daten werden nicht unerlaubt an Dritte weitergegeben).
- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Protokolle meiner Sitzungen von der Heilpraktikerin aus rechtlichen Gründen für 10 Jahre aufbewahrt werden müssen.
- Ich bin damit einverstanden, über per Email, Mobiltelefon, SMS, whatsapp oder sonstige Messenger mit der Praxis zu kommunizieren. Ihre Telefonnummer wird zu diesem Zweck auf dem Mobiltelefon der Heilpraktikerin gespeichert. Die Kommunikation dient vornehmlich der Terminabsprache, es wird keine Werbung verschickt.

Diese Erklärung ist jederzeit schriftlich widerrufbar (siehe ausgehändigte Erklärung)

Ich habe die Hinweise zur Datenschutzerklärung gelesen und eine Kopie erhalten

Hinweise zur Datenschutzerklärung

Auskunft, Widerspruch und Löschung Ihrer Daten:

Nach dem BDSG und DSGVO (Bundesdatenschutzgesetz und Datenschutz-Grundverordnung) haben Sie ein Recht auf unentgeltliche Auskunft über ihre gespeicherten Daten, sowie ggf. ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung von Daten. Um sicherzustellen, dass personenbezogene Daten nicht an Dritte herausgegeben werden, richten Sie Ihre Anfrage bitte per E-Mail oder per Post unter eindeutiger Identifizierung Ihrer Person an Frau Petra Oechsner.

Widerspruchsrecht:

Sofern Sie der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten durch Frau Petra Oechsner nach Maßgabe dieser Datenschutzbestimmungen insgesamt oder für einzelne Maßnahmen widersprechen wollen, können Sie Ihren Widerspruch per E-Mail, Fax oder Brief an folgende Kontaktdaten senden Petra Oechsner – Daten siehe Briefkopf

Löschung:

Ihre Daten werden sofort gelöscht, wenn der Zweck erfüllt ist und keine gesetzlichen Gründe mehr widersprechen und wenn Sie einen Löschungsanspruch geltend gemacht haben, wenn die Daten zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zwecks nicht mehr erforderlich sind oder wenn ihre Speicherung aus sonstigen gesetzlichen Gründen unzulässig ist.

Verstanden und akzeptiert

Ort und Datum

Unterschrift des Kunden/Klienten

Mit freundlichem Gruß

Petra Oechsner – Ihre Heilpraktikerin in Darmstadt