

# Petra Oechsner - Heilpraktikerin

Praxis für Medizinische Hypnose

Kahlertstraße 6 - 64293 Darmstadt

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

Email: petra.oechsner@gmx.net

## Erfassungsbogen Psychotherapie HPG & Psychosomatik

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Bestehende Erkrankungen: ggf. Rückseite beschreiben

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen diese Erkrankungen:

---

Wann sind die ersten Symptome aufgetreten (und welche):

---

---

---

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Welche Behandlung haben Sie bereits bekommen (mit Datum):

---

---

---

---

Mit welchem Erfolg:

---

---

---

---

Haben Sie eine sogenannte Covid-Impfung bekommen? Wenn ja, wann und wie viele?

---

---

## Petra Oechsner - Heilpraktikerin

Praxis für Medizinische Hypnose

Kahlertstraße 6 - 64293 Darmstadt

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

Email: petra.oechsner@gmx.net

Welche Behandlung führen Sie zur Zeit durch:

---

---

---

---

Welche Medikamenten und Nahrungsergänzung nehmen Sie zur Zeit ein:

---

---

---

---

---

Ich habe verstanden, dass die Leistungen von Petra Oechsner begleitend und in Absprache mit dem behandelnden Onkologen oder Arzt erfolgen.

Die Art und Weise, wie ich diese Informationen umsetze unterliegt meinem freien Willen und meinen Entscheidungen. Mir wurde und wird nicht von medizinischen Behandlungen abgeraten und auch keine alternativen Behandlungsformen angeraten.

Weiterhin habe ich verstanden, dass keine Heilversprechen von Seiten der Heilpraktikerin gemacht wurden und werden.

Ich habe verstanden, dass diese Leistungen privat abgerechnet werden, unabhängig von der Höhe der Erstattung durch meiner Kranken- und Zusatzversicherungen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des/der Patienten/Patientin

Nächste Seite Datenschutz

# Petra Oechsner - Heilpraktikerin

Praxis für Medizinische Hypnose

Kahlertstraße 6 - 64293 Darmstadt

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

Email: petra.oechsner@gmx.net

## Datenschutz

### **Einverständniserklärung Datenerhebung (bitte ankreuzen)**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation sicher gespeichert werden. (Die Beratung/Behandlung erfolgt unter Einhaltung der Schweigepflicht. Die Daten werden nicht unerlaubt an Dritte weitergegeben).
- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Protokolle meiner Analysen von der Heilpraktikerin aus rechtlichen Gründen für 10 Jahre aufbewahrt werden müssen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Beraterin per Email, Mobiltelefon und digitale Messenger Kontakt mit mir aufnimmt. Ihre Telefonnummer wird zu diesem Zweck auf dem Mobiltelefon der Heilpraktikerin gespeichert. Es wird keine Werbung verschickt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Heilpraktikerin die Protokolle meiner Vitalstoffanalysen verschlüsselt per Email an mich schickt.

### **Diese Erklärung ist jederzeit schriftlich widerrufbar**

Ich habe die Hinweise zur Datenschutzerklärung gelesen und eine Kopie erhalten

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des/der Patienten/Patientin