

Anamnesebogen zur Sitzung
(QHHT & Medizinische Hypnose)

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geb.: _____

Bestehende Erkrankungen und Beschwerden:

Berufliche Tätigkeit (zuletzt ausgeübt):

Medikamenteneinnahme:

Nahrungsergänzung:

Art und Grund für die Sitzung:

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

Was haben Sie bereits dagegen/dafür unternommen?

Bestehen Erkrankungen wie Epilepsie, Schizophrenie oder eine Persönlichkeitsstörung?
Wenn ja, welche?

Gibt es sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen?

Haben Sie die aktuelle mRNA-Injektion erhalten? Wann und wie viele?

Leiden Sie unter einem besonders niedrigen Blutdruck? (unter 60/100):

Haben Sie schon einmal an einer ähnlichen Sitzung teilgenommen?

Wenn ja aus welchem Grund?

Zu welchem Ergebnis sind Sie gekommen?

Gab es Zwischenfälle bei diesen Sitzungen?

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 wurde/werde im kostenlosen Vorgespräch (30 Min. beim 1. Termin oder telefonisch) über die Risiken, Nebenwirkungen, sowie die Kosten und den voraussichtlichen Umfang aufgeklärt.

Ort und Datum

Unterschrift des Kunden/Klienten

Die Bögen können gerne abfotografiert und per Mobiltelefon (Whatsapp oder ähnliche Messenger) gesendet werden.

Bitte nehmen Sie auch die Datenschutzerklärung auf der nächsten Seite zur

Kenntnis

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

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

Mit freundlichem Gruß

Petra Oechsner – Ihre Heilpraktikerin in Darmstadt