

ILKA FISCHER

Praxis für Körperarbeit, Coaching & Seminare

Eltersbach 1A 53804 Much Tel.: 02247-5089792 Email: praxis@ilkafischer.de

Klientenvereinbarung zwischen der o.g. Praxis und

Vor- und Familienname: _____ Email: _____
geb. am: _____ Beruf: _____
Straße, PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____ mobil: _____

1. Bitte geben Sie körperliche Eingriffe, schwere Unfälle oder Erkrankungen an, die sie lange Zeit beeinträchtigt haben oder/und immer noch Spuren hinterlassen haben:
2. Liegen momentan akute oder chronische Beschwerden vor:
3. Wo und bei wem befinden Sie sich derzeit in regelmäßiger Behandlung:
4. Befinden Sie sich derzeit in psychiatrischer Behandlung oder nehmen Sie Psychopharmaka:
5. Welche Ziele und Erwartungen haben Sie an unsere gemeinsame Arbeit:
6. Gibt es noch etwas Wichtiges, das ich für die Zusammenarbeit mit Ihnen unbedingt wissen sollte?

Ihnen ist verständlich, dass ich eine prozessorientierte Arbeit anbiete, die Ihr regelmäßiges Erscheinen in besprochenen Abständen erfordert und sie ohne Mitarbeit ihr Ziel nicht erreichen können. Die Behandlungsdauer richtet sich nach ihrem persönlichen Entwicklungsbedarf und kann in Absprache miteinander pausieren oder beendet werden. Sie sind damit einverstanden, nötigenfalls Änderungen ihrer Lebensweise vorzunehmen oder/und regelmäßig kleine Übungen zu machen, sofern dies nötig ist.

Als Terminpraxis bemühe ich mich, Ihnen Termine ohne lange Wartezeiten zu ermöglichen. Bitte planen auch Sie ihren Tag entsprechend, so daß sie entspannt, erfrischt und pünktlich erscheinen können.

Mit ihrer Terminvereinbarung entsteht automatisch ein Behandlungsvertrag. **Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, sagen sie diesen bitte SPÄTESTENS 24h vorher telefonisch oder per sms ab. Ein Termin gilt dann als abgesagt, wenn Sie eine Bestätigung von mir erhalten haben.**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß ein Nichterscheinen ohne Absage oder eine zu kurzfristige Absage in voller Höhe in Rechnung gestellt wird, da ihr Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann.

Bei häufigen Absagen behalte ich mir vor, Ihre Behandlung vorzeitig zu beenden, um Ihren Platz anderweitig vergeben zu können.

Die Kosten sind vom Klienten in bar im Anschluss an die Behandlung zu begleichen.

Einwilligung für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

Die Datenschutzverordnung der EU (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz neu (BDSG-neu) beinhalten die Rechtsgrundlagen des Datenverkehrs zum Schutze natürlicher Personen bei der Verarbeitung, Speicherung, Aufbewahrung und Löschung von personenbezogenen Daten.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Erfüllung des Behandlungsvertrags erforderlich. Damit ich dies gewährleisten kann, müssen einige schützenswerte Daten erhoben und verarbeitet werden. Dafür ist es notwendig, dass Sie gemäß Art. 6 DSGVO ihre Einwilligung zur Verarbeitung der oben erhobenen Daten erteilen.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Bereitschaft, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vertragserfüllung bearbeitet werden können.

Die Erfüllung des Behandlungsvertrags macht es notwendig, dass besondere Kategorien personenbezogener Daten für medizinische Diagnostik, Versorgung und Behandlung erhoben werden. (Rechtsgrundlage DSGVO Art. 9 Abs. 2h)

Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen (DSVGO Art.7 Abs.3).

Als Klient/in (betroffene Person) bin ich berechtigt (DSVGO Art.13 ff.) die Kontaktdaten des o.g. Verantwortlichen zu erhalten.

Die Dauer der gespeicherten Daten richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften. Als Klient bin ich berechtigt, die Sperrung/ Löschung dieser Daten zu beantragen. Der Antrag richtet sich an die o.g. verantwortliche Person. Ebenso bin ich berechtigt, jederzeit der Verarbeitung meiner Daten zu widersprechen.

Ich habe diese Erklärung gelesen und bin mit den Konditionen einverstanden.

Datum, Unterschrift