

**Liebe Klientin, lieber Klient,  
 gerne habe ich mir Ihren Hypnosetermin vorgemerkt.  
 Für die verbindliche Buchung füllen Sie bitte den Bogen aus, und senden  
 ihn mir innerhalb einer Woche per Mail oder Post unterschrieben zurück.**

**Sobald der Fragebogen bei mir eingegangen ist, gilt Ihr Termin als  
 bestätigt. Ihre Angaben, sowie die Inhalte Ihrer Sitzung werden  
 selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank!**

**Angaben zur Person:**

Vorname: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Handy: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Zeiten der Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Datum & Uhrzeit des vereinbarten Termins:**

Dienstleistung:	Vereinbartes Honorar:
<b>Hypnose Coaching Erstsitzung 1,5 – 2,5 Std</b>  Jede weitere Sitzung	<b>300 Euro,</b>  60 Minuten a´ 100 EUR
<b>Hypnose Abnehmprogramm 1,5 – 2,5 Std.</b>  Jede weitere Sitzung Für eine <i>optimale</i> Wirkung empfehle ich mindestens <i>drei Sitzungen</i> .	<b>350 Euro,</b>  150 Euro.

Bitte achten Sie darauf, sich nach der Sitzung etwas Ruhe zu gönnen!

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weibl. männl.  
 Zivilstand: \_\_\_\_\_ # Kinder: \_\_\_\_\_  
 AusgeübterBeruf: \_\_\_\_\_  
 Familienstand: \_\_\_\_\_  
 Namen und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

**Leben Ihre Eltern noch?**

**Alkohol/Drogen ein Problem? Ja: Was/Wie viel/Wann? \_\_\_\_\_ Nein:**  
Rauchen: Ja Nein | Schlafen: Gut Normal Schlecht \_\_\_\_\_

**Medizinische Kundengeschichte**

Haben Sie **aktuell** Thrombose? **Ja / Nein**  
Hatten Sie in letzter Zeit Thrombose? Wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? Nein Ja Wenn ja, warum?  
\_\_\_\_\_

**Wichtig!!! Falls Sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt und lassen sich bestätigen, dass keine Kontraindikation vorliegt.**

Litten/Leiden Sie an Langzeiterkrankungen? Ja: Nein: Wann? \_\_\_\_\_  
Grund: \_\_\_\_\_ Waren Sie je in Behandlung für Ja: Nein:  
Herz: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Epilepsie: \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja: Nein:  
Wenn ja: \_\_\_\_\_

**Grund/Gründe, warum Sie zur Hypnosebehandlung kommen, welche Gefühle möchten Sie bearbeiten? Beschreiben Sie bitte!**

---

---

**Zusätzliche Diagnosen ( Erkrankungen):**

---

---

---

---

---

**Vorbehandlungen (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg):**

---

---

---

---

**Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.):**

---

---

---

---

**Dosierung, Dauer:**

---

---

**Bitte beschreiben Sie die wichtigste Veränderung, die Sie mit der Hypnose verändern wollen.  
Bitte formulieren Sie so klar wie möglich**

---

---

---

---

---

**Wie fühlen Sie sich, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben?**

**(Nehmen Sie sich bitte dafür Zeit und denken über die Vorteile nach, die durch eine solche Veränderung entstehen kann; z.B.: Wie fühlen Sie sich, wie wirkt sich die Veränderung auf Privatleben, Beziehungen oder Arbeit aus?)**

**Bitte schreiben Sie ca.7 Punkte auf und formulieren diese nur positiv; Bsp. Ich fühle mich frei)**

---

---

---

---

---

**Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?** (Bsp.: Bewegungsmangel, regelmäßige Spaziergänge, Wandern, Fitnessstudio etc.)

---

---

**Was ist für Sie das Allerwichtigste in Ihrem Leben?**( gemeint sind Lebenssinn oder Werte)

---

---

**Größtes Hobby/ größte Leidenschaft:** \_\_\_\_\_

---

---

**Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn das Problem/Gefühl/ Emotion nicht mehr da wäre? Wie würden Sie sich dann fühlen???**

---

---

---

---

**Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?**

---

---

---

---

---

**Haben Sie noch Fragen zur Hypnose?** Nein Ja Wenn ja, welche?

---

---

**Glaube Sie an eine höhere Kraft?**

**Ja / Nein**

Die einen nennen es „Gott“, die Anderen „kosmisches Bewusstsein“.

Auch Wissenschaftler sind überzeugt davon, dass es eine höhere Kraft im Universum geben muss, und dass sich nicht alles rein wissenschaftlich erklären lässt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Menschen mit einem spirituellen Hintergrund bisweilen zusätzlich von der Behandlung profitieren, wenn die Möglichkeiten genutzt werden, die sich aus Ihrem Glauben oder Ihrer Weltsicht ergeben. Denn hieraus lassen sich Lösungsansätze finden, die sehr intensiv und lebensverändernd sind. Die Frage zielt aber nicht darauf ab, in welchem Glauben Sie erzogen wurden. Es geht um Ihr persönliches Bild. Trifft dieses Wissen auf Sie zu, so schildern Sie mir bitte kurz Ihre Sichtweise, sodass wir dieses Wissen als eine weitere Ressource für eine kraftvolle Veränderungsarbeit gemeinsam nutzen können.

**Allgemeine Geschäftsbedingungen**

- Ich beauftrage Eli Schäfer mit der Durchführung einer Hypnoseseitzung. Alle Angaben und Inhalte sind streng vertraulich. Ich erlaube Eli Schäfer mir vorbereitende Materialien (Fragebogen, Zusatzinformationen, Audio, Videos etc.) für meine Sitzung per email und über Whats app zu senden.

Ich bestätige über die Hypnose korrekt aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

- Ziel ist die Stärkung meiner Gesundheit & die Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte.
- Die Behandlung / Beratung erfolgt auf ausdrücklichen Wunsch des Klienten. Dem Klienten ist bekannt, dass eine Garantie für den Erfolg der Behandlung / Beratung nicht übernommen werden kann, weil ein wesentlicher Erfolgsfaktor in der Subjektivität und Individualität des Klienten begründet ist.
- Vereinbarte Termine sind einzuhalten. Bei Verhinderung ist eine Absage mindestens 48 Stunden vorher telefonisch. Sagt der Klient nicht rechtzeitig ab, so behält Eli Schäfer sich vor, 120 Euro für an diesem Tag vereinbarte Sitzung in Rechnung zu stellen.
- Der Vertrag kann jederzeit von beiden Seiten ohne Angabe von Gründen (auch telefonisch) gekündigt werden.

**• Es wird Barzahlung, für Onlinesitzungen Überweisung oder PayPal vereinbart**

<b>Dienstleistung:</b>	<b>Vereinbartes Honorar:</b>
<b>Hypnose Coaching Erstsitzung 1,5 – 2,5 Std</b>  Jede weitere Sitzung	<b>300 Euro,</b>  60 Minuten a´ 100 EUR
<b>Hypnose Abnehmprogramm 1,5 – 2,5 Std.</b>  Jede weitere Sitzung Für eine <i>optimale</i> Wirkung empfehle ich mindestens <i>drei Sitzungen</i> .	<b>350 Euro</b>  150 Euro.

- Der Besuch beim Hypnotiseur ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung Die Hypnosetherapeutin Eli Schäfer hat mir auch nicht in irgendeiner Form davon abgeraten, ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.
- Ein Hypnotiseur diagnostiziert keine somatischen Krankheiten und macht KEINE HEILVERSPRECHUNGEN. Auch in meinem Fall ist dies nicht geschehen.

Schriftlicher Kontakt erlaubt? (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up) Ja Nein

Ich habe die Geschäftsbedingungen gelesen und erkenne sie an, was ich mit meiner Unterschrift bestätige.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**P.S. Harte Kontaktlinsen bitte ablegen & Handy ausschalten.**

Eli Schäfer

## Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name: .....

Adresse: .....

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Eli Schäfer 0172 5835150

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner: Der hessische Datenschutzbeauftragte

Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch

Postfach 3163

65021 Wiesbaden

oder

Gustav Stresemann – Ring 1 65189 Wiesbaden

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. ein Labor), wenn Sie eingewilligt haben.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### 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. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

### 6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

Ich bin damit einverstanden, per Email oder auf anderem Wege (Telefon etc.) Patienteninformationen zugesendet zu bekommen.

Falls ich Frau Schäfer per SMS oder Whats App kontaktiere, erlaube ich hiermit, dass Frau Schäfer auf gleichem Wege antwortet.

### 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, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichts-behörde 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.

Allgemeine Geschäftsbedingungen von Elmaze Redzepe-Schäfer

Leistungen: Der Klient beauftragt Eli Schäfer persönlich mit der Durchführung der vereinbarten Sitzung. Hierfür wird das vereinbarte Honorar pro Hypnosestunde berechnet.

Falls der Klient sich bis zu einer halben Stunde nach Beginn der Sitzung gegen eine Fortführung der Sitzung entscheidet wird kein Honorar berechnet.  
Hypnoseleistungen sind nach §4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit.

Zahlungsmodalitäten: Sofern nicht ausdrücklich anders vereinbart, ist das Honorar am Ende der Sitzung in Bar zu zahlen. Onlinesitzungen sind frühzeitig vor dem Termin per Überweisung / PayPal zu bezahlen. EC Kartenzahlung ist vor Ort möglich. Ratenzahlung nach Absprache.

Terminabsage: Kann der Klient einen zuvor vereinbarten Termin nicht einhalten und sagt er diesen nicht mindestens 24 Stunden zuvor ab, so behält Eli Schäfer sich vor 120 € für die an diesem Tag vereinbarte Sitzung in Rechnung zu stellen, auch wenn diese Sitzung später nachgeholt wird.

Dies gilt gleichermaßen bei einer Verspätung des Klienten von 30 Minuten oder mehr, da eine vollständige Sitzung in diesem Fall leider nicht mehr möglich ist.

Zur Terminabsage genügt eine telefonische Benachrichtigung unter:

0172/5835150  
schaefer.eli@outlook.com

Sagt Eli Schäfer einen vereinbarten Termin ab, so kann ein Ersatztermin vereinbart werden.

Ort: Wenn kein anderer Ort vereinbart wird, finden die Sitzungen in der Praxis von statt.

Der Besuch beim Hypnosetherapeuten ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung. Die Hypnosetherapeutin Eli Schäfer hat mir auch nicht in irgendeiner Form davon abgeraten ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.

Heilversprechen: Ein Hypnotiseur diagnostiziert keine somatischen Krankheiten und macht keine Heilversprechungen. Auch in meinem Fall ist dies nicht geschehen.

**(Ort, Datum)** .....

**Unterschrift Patient** .....