Aufnahmebogen

für Heidi Hufnagel, Entspannungstherapeutin nach Cranio Sacraler Körperarbeit

Persönliche Daten

Feld	Angabe
Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	
PLZ / Wohnort	
Telefon (privat)	
Telefon (mobil)	
E-Mail	
Beruf	

2. Gesundheitsanamnese

Bitte kreuze an bzw. ergänze:
Durchgeführte Operationen / Verletzungen (mit Jahr):

_____

_____

Implantate / Schrittmacher / Stents / Hirnblutungen / Epilepsie / Bluthochdruck: Ja / Nein

Schwangerschaft / Stillzeit: Ja / Nein

Akute Beschwerden (Fieber, Infekt, offene Wunden, frische Verletzung): Ja / Nein

Alles was Dir wichtig ist, was ich wissen sollte:

_____

_____

_____

Hinweis: Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden ausschließlich zur Vorbereitung und Durchführung der Anwendung verwendet.

3. Einwilligung zur Datenverarbeitung (DSGVO)

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der gebuchten Anwendung, zur Abrechnung und zur Wahrung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten verarbeitet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgeschrieben.

- Verantwortlicher: Heidi Hufnagel, Entspannungstherapeutin
- Zweck: Durchführung der Anwendung, Abrechnung, Dokumentation
- Speicherdauer: max. 10 Jahre (Steuerrecht) / 3 Jahre (Vertragsabwicklung)
- Widerruf: jederzeit möglich, ohne die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung zu berühren.

Unterschrift: _____ Datum: _____

---

4. Einwilligungserklärung

Bitte lesen Sie diesen Abschnitt sorgfältig durch.

1. Die in dieser Praxis angebotenen Entspannungs-Anwendungen dienen **ausschließlich dem Wohlbefinden, der Entspannung und der Aktivierung der Selbstheilungskräfte**. Sie stellen **keine medizinische oder therapeutische Behandlung** dar. Es werden **keine Diagnosen gestellt** und **keine Heilversprechen** abgegeben.

2. Die Anwendungen ersetzen **keinen Arztbesuch** und sind kein Ersatz für verordnete Medikamente oder Therapien. Bei bestehenden gesundheitlichen Beschwerden oder Unsicherheiten empfehle ich, **vorher ärztlichen Rat einzuholen**.

3. Die Anwendung erfolgt auf **eigenen Wunsch und eigene Verantwortung**.

4. Die Anwendung wird nach **bestem Wissen und Können** durchgeführt, jedoch **ohne Garantie** für bestimmte Ergebnisse oder Wirkungen.

---

5. Was ist für Dich das Ziel der Behandlung, was wünscht Du Dir

---

---

6. Unterschrift

Ich habe den Patientenaufnahmebogen vollständig ausgefüllt, die Einwilligungserklärung gelesen und stimme allen Bedingungen zu.

Ort, Datum	_____
Unterschrift	_____