

Einverständniserklärung und Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)

Bitte VOR einer Sitzung ausgefüllt zurück an: heilendeslicht@gmx.de
oder per Post an: **Kerstin Birgit Bachmann, Kaulbachstr. 10a, 12247 Berlin**

Im Zusammenhang mit einem Einzelcoachingtermin bzw. einer ThetaHealing Fernsitzung werden keine Diagnosen gestellt, Therapien im medizinischen Sinne durchgeführt oder Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes durchgeführt.

Ich weiß, dass Frau Bachmann über keine medizinische Qualifikation verfügt. Deswegen entsteht bei mir auch nicht der Eindruck, durch einen Mediziner oder im medizinischen Sinne beraten oder behandelt zu werden. Die energetische Sitzung kann und soll eine ärztliche Behandlung oder eine Behandlung durch einen Angehörigen eines anerkannten medizinischen Berufes nicht ersetzen. Frau Bachmann hält eine Zusammenarbeit mit Mediziner, Ärzten oder Heilpraktikern für sehr wichtig. Daher soll keinesfalls eine laufende Behandlung unterbrochen oder abgebrochen bzw. eine in Zukunft notwendige Behandlung nicht hinausgeschoben oder unterlassen werden. Die Verantwortung, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, liegt ganz bei mir.

Frau Bachmann gab keine Heilversprechen ab, so dass in mir keine falschen Hoffnungen geweckt wurden. Ich wurde über die Höhe des Honorars aufgeklärt.

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Vor der Durchführung der ThetaHealing Fernsitzung zahle ich den zwischen mir und Frau Bachmann vereinbarten Betrag auf untenstehendes Konto.

Kontoinhaber: Kerstin Bachmann
IBAN: DE03 1001 0010 0610 5311 08
BIC: PBNKDEFF – Postbank Berlin

Verwendungszweck: Name + "Einzelcoaching"

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO) und Unterschrift folgende Seite:

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)

Um dokumentieren und abrechnen zu können, ist es erforderlich, dass ich Ihre persönlichen Daten speichere.

Es handelt sich bei den Daten um ihren Namen und ihre Anschrift. Weiter werden Daten zur Behandlung Ihrer Person und die Kosten erfasst. Diese Daten geben wir unter Umständen weiter an eine Abrechnungsstelle, die mit der Erstellung der Rechnung und Abwicklung der Zahlung beauftragt wird. Auch können die Daten an Kollegen oder Ärzte zur weiteren Behandlung weitergegeben werden. Eine Weitergabe an Dritte, beispielsweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Hiermit stimme ich der Einverständniserklärung zu und willige ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

....., den

.....

Eigene Unterschrift oder Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nachgesetzlicher Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Infostand: 19.01.2020