

**Anne Piotrowski**

Diplom-Psychologin - Gestalttherapie & NARM

Heilpraktikerin für Psychotherapie

Knaackstr. 84 10435 Berlin

## Einwilligungserklärung

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kurzfristig am besten erreichbar per ☐ SMS ☐ WhatsApp/Signal ☐ Anruf

- ☐ Ich möchte den gelegentlichen Newsletter per Email erhalten. Durch Ankreuzen und meine Unterschrift unten willige ich ein, dass die dazu notwendigen Daten von mir (Email-Adresse und ggf. Vorname) zu diesem Zwecke verarbeitet werden dürfen. Ich kann mich jederzeit mit einer Email an [anne@narmberlin.de](mailto:anne@narmberlin.de) wieder abmelden.

### 1. Ausschlusskriterien: Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten

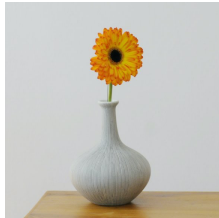
|                                                                 |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie in ihrem Leben schon einmal Suizidgedanken?          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate Suizidgedanken?      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt?                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich innerhalb der letzten 12 Monate selbst verletzt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und zur Kenntnis genommen zu haben, dass Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten innerhalb der letzten 12 Monate nahelegen, dass andere Therapieformen für Sie geeigneter sind als die von mir angebotene.

### 2. Einwilligungserklärung zur Erhebung und Speicherung Ihrer persönlichen Daten

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Therapie 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 Therapie nicht mehr möglich.



**Anne Piotrowski**

Diplom-Psychologin - Gestalttherapie & NARM

Heilpraktikerin für Psychotherapie

Knaackstr. 84 10435 Berlin

### **3. Einwilligungserklärung zur uneingeschränkten SMS- und Email-Kommunikation**

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich zudem ausdrücklich damit einverstanden, dass ich mit Ihnen per Email und SMS uneingeschränkt kommunizieren darf, wobei der SMS/Email-Verkehr unverschlüsselt erfolgt und entsprechend wie jede andere Datenübertragung im Internet Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund Ihrer freiwillig erteilten Einwilligung gemäß Artikel 6 Abs 1 Satz 1 lit a DSGVO.

SMS und Emails können u.a. folgende Themen enthalten, sind aber nicht beschränkt auf diese:

- Terminvorschläge
- Links und Informationen
- Antworten auf Ihre Emails (die womöglich persönliche Informationen enthalten)
- Rechnungen und Quittungen

Sie können Ihre Einwilligung zur uneingeschränkten Kommunikation per Email und SMS jederzeit für die Zukunft widerrufen und verlangen, dass ich alle Email- und SMS-Kommunikationen auf meinen Endgeräten lösche. Ein rückstandloses Löschen der bereits stattgefundenen Kommunikationen auf den Servern unserer jeweiligen Email-Provider und Telefon-Dienstleister ist jedoch unmöglich. Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie dies ausdrücklich zur Kenntnis.

### **4. Informationen zu Dauer der Sitzungen, Honorar und Terminabsagen**

Ein Termin dauert 50 min. Wenn Sie sich verspäten, endet die Sitzung grundsätzlich zum ursprünglich vereinbarten Zeitpunkt und das gesamte Honorar fällt an. Bei einer deutlichen Verlängerung der Sitzung wird das zusätzliche Honorar entsprechend des Grundhonorars berechnet.

Tätigkeiten im Rahmen der Therapie, die außerhalb von Sitzungen stattfinden, wie z. B. das Verfassen von Berichten, Bearbeiten von Emails (die über die reine Terminabsprache hinausgehen) und Besprechungen mit Co-Behandler:innen, werden zum selben Stundensatz abgerechnet wie die Sitzungen.

Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, können Sie ihn bis 24 Stunden vor der Sitzung kostenfrei absagen. Bei einer Absage ab 24 Stunden vor der Sitzung oder bei Nichterscheinen fällt das komplette Honorar an.

### **5. Informationen zur Erreichbarkeit**

Ich bin montags bis donnerstags zwischen 8:30 Uhr und 16 Uhr und freitags zwischen 8:30 Uhr und 13 Uhr per Email zu erreichen, das heißt ich lese Emails und beantworte sie je nach zeitlicher Kapazität.

Bei akuten Krisen zwischen den Sitzungen wenden Sie sich bitte an den Berliner Krisendienst (030 3906340), das Frauenkrisentelefon (030 6154243), die Telefonseelsorge (0800 1110111, 0800 1110222, 116 123), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) oder den Notruf (112).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Klient:in