

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Holotropen Atmen Workshop an:

Termin:

Kosten: 230€ (early bird: 200€)

Die Datenschutzerklärung im Anhang dieser Anmeldung habe ich gelesen und bin damit einverstanden. Den ausgefüllten **Medizinischen Fragebogen** füge ich dieser Anmeldung bei.

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Datum:

Unterschrift:

Die Kontonummer sowie alle Einzelheiten erhältst Du mit der Anmeldebestätigung. Bei einer Stornierung der Anmeldung ab vier Wochen vor Beginn des Seminars werden 50€ Bearbeitungsgebühr einbehalten. Bei Stornierung ab sieben Tage vor Beginn des Seminars wird die halbe Seminargebühr einbehalten.

Medizinischer Fragebogen für Holotropes Atmen®

Holotropes Atmen ist als persönliche Wachstumserfahrung gedacht und sollte nicht als Ersatz für eine Psychotherapie angesehen werden. Holotropes Atmen kann dramatische Erfahrungen mit sich bringen, die von starker emotionaler und körperlicher Katharsis begleitet werden. Dieser Workshop ist nicht geeignet für Schwangere oder Personen mit Herz-Kreislauf-Problemen, starkem Bluthochdruck, bestimmten psychiatrischen Diagnosen, kürzlichen Operationen oder Brüchen, akuten Infektionskrankheiten, Epilepsie oder Personen in aktiver spiritueller Krise.

Wenn Du Zweifel hast, ob Du teilnehmen solltest, ist es wichtig, dass Du vor der Teilnahme Deinen Arzt oder Therapeuten befragst und Rücksprache mit den Organisatoren des Workshops hältst. Die Antworten auf die folgenden Fragen sollen das Workshop Team unterstützen und werden streng vertraulich behandelt.

Treffen oder trafen auf Dich eine oder mehrere Diagnosen / Aussagen zu?	Ja	Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einschließlich Herzinfarkte, kardiovaskulären Operationen und/oder Symptome wie Herzrhythmusstörung oder Angina		
Bluthochdruck		
Schlaganfälle, TIAs oder andere Hirn- oder neurologische Erkrankungen		
Diagnostizierter psychiatrischer Zustand		
Kürzlich durchgeführte Operation		
Frühere oder aktuelle körperliche Verletzungen, einschließlich Brüche oder Verrenkungen		
Aktuelle Infektionen oder andere übertragbare Krankheiten		
Glaukom / grüner Star / erhöhter Augeninnendruck		
Netzhautablösung		
Epilepsie		
Osteoporose		
Asthma (wenn ja, bringe bitte Deinen Inhalator zum Workshop mit)		
Sonstige Informationen:		
Bist Du derzeit schwanger?		
Warst Du in den letzten 20 Jahren aufgrund medizinischer Probleme im Krankenhaus?		
Warst Du schon einmal aufgrund psychiatrisch/psychosomatischer Probleme in stationärer Behandlung?		
Bist Du momentan in Therapie oder in irgend einer Art von Selbsthilfegruppe?		
Nimmst Du derzeit Medikamente ein? (Wenn ja, bitte auflisten)		
Gibt es bezüglich Deines körperlichen oder emotionalen Zustand etwas, das wir wissen sollten?		

Wenn Du eine dieser Fragen mit "Ja" beantwortet hast, ist es wichtig, dass Du Deine Antwort z.B. auf einem extra Blatt oder der Rückseite des Fragebogens erläuterst.

Hast Du schon einmal Holotropes Atmen gemacht? Ja, bei _____
 Nein

Kontaktinformationen für Notfälle:

Name _____ Telefon _____

BITTE LESE UND UNTERSCHREIBE DIE FOLGENDE ERKLÄRUNG:

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Informationen gelesen und verstanden habe, alle Fragen vollständig und ehrlich beantwortet habe und keine Informationen zurückgehalten habe. Mein allgemeiner Gesundheitszustand ist, soweit ich weiß, gut. Für meine Versicherung bin ich selbst verantwortlich.

 Unterschrift und Name in Druckbuchstaben Alter Geschlecht Datum

Information zum Datenschutz für die Workshopteilnahme

Der Schutz Deiner personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Dich darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich (Katharina Wolter) im Rahmen des von Dir gebuchten Workshops Daten erhebe, speichere oder weiterleite. Der Information kannst Du auch entnehmen, welche Rechte Du bezüglich des Datenschutzes hast.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Katharina Wolter
Kanzlerstraße 51
09112 Chemnitz
Tel. +49 15777850883
katharina_wolter@yahoo.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag über den Workshop zwischen Dir und Katharina Wolter und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeite ich Deine personenbezogenen Daten. Dazu zählen Dein Name, Vorname, Anschrift und die Daten des jeweiligen Workshops (z.B. Datum, Bezeichnung), den Du gebucht hast, sowie der medizinische Fragebogen.

3. Empfänger Deiner Daten

Ich übermittle Deine personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Du eingewilligt hast. Empfänger Deiner personenbezogenen Daten können das Team des von Dir gebuchten Workshops und Personen des Seminarhauses sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Dir erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Deiner Daten

Ich bewahre Deine personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung des Workshops und ggf. einer Nachbetreuung erforderlich ist. Aufgrund steuerrechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, bestimmte Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss des Workshops aufzubewahren.

5. Deine Rechte

Du hast das Recht, über die Dich betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kannst Du die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Dir unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Deiner Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Dein Einverständnis. In diesen Fällen hast Du das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Du hast ferner das Recht, Dich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Du der Ansicht bist, dass die Verarbeitung Deiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Sächsische Datenschutz- und Transparenzbeauftragte
Postfach 11 01 32 01330 Dresden; Email: post@sdtb.sachsen.de; Tel.+49 351 85471-101

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Deiner Daten ist Artikel 6 Absatz 1 lit. DSGVO. Solltest Du Fragen haben, kannst Du Dich gern an mich wenden.

Katharina Wolter