



Praxis für
KörperPsychoTraumaTherapie
und Entwicklung

Anmeldung & Vereinbarung

Wir freuen uns über ihr Interesse

Wir sind in freier psychotherapeutischer Praxis tätig und vergeben die Termine telefonisch oder über Email.

Zum Kennenlernen wünsche ich ein

- ☐ ein telefonisches Vorgespräch
- ☐ persönliches Erstgespräch, in dem ich weitere Daten meine Lebenssituation und Anliegen mitteile!
- ☐ einen ersten Therapietermin, da ich zugleich eine Entlastung in meiner KrisenSituation wünsche.
- ☐ ich wünsche ein oder mehrere Therapietermine **über ☐ Telefon, ☐ Skype oder ☐ Zoom.**

Nach 3 Terminen, ist oftmals eine Entscheidung für das weitere Vorgehen, welche Zeiteinheit sinnvoll und welche Intervalle Sie dann (noch) benötigen/wollen möglich!

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail oder eine Telefonnummer, zwecks Kontakt:

Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ außerhalb von Deutschland, in _____

Alle weiteren Kontakt- und Lebensdaten können sie uns auch mündlich im Erstgespräch oder wenn Sie es wünschen schriftlich im folgenden und/oder in erweiterten Ausführungen (Fragebogen) an uns weitergeben!

Beruf/Tätigkeit: _____

Lebensform/Lebensweise: _____

Erkrankungen/Unfälle: _____

(Psycho-)Therapeutische Vorerfahrungen, Klinikaufenthalte oder/ und derzeitig andere (Selbst-) Behandlungen bei KollegInnen:

Birgit Fiedler-Rumpel

Dipl. Päd. Heilpraktikerin für Psychotherapie · Körperpsychotherapie · ECP (European Certificate for Psychotherapy)
Lerntherapeutin, Paar-, Familien- und Gruppentherapeutin, Krisenbewältigung, Coaching, Supervision

Lahnweg 27
34131 Kassel
Tel./Fax 0561 7392347

E-Mail fiedler.rumpel@gmail.com
Internet koerperpsychotherapie-kassel.de
Steuer-Nr. 026 862 60597

Kasseler Sparkasse
IBAN DE43 5205 0353 0001 0892 53
BIC HELADEF1KAS



Praxis für
KörperPsychoTraumaTherapie
und Entwicklung

Wenn ja, bitten wir Sie, die Kollgen/Kolleginnen auf unsere körperpsychotherapeutische Tätigkeit, Gruppen-Selbsterfahrung ergänzend hin zu weisen!

Wenn ein Vernetzungswunsch besteht, dann bitte ich um Kontaktdaten, einher mit einer Entbindung der Schweigepflicht siehe Schweigepflichtserklärung: O _____

Verschiedene Settings sind möglich:

Ich suche und wähle dabei bewusst ein Setting mit Berührung: ☐ mit Berührung arbeitend

Ich wünsche ausdrücklich ☐ keine Berührung, sollte sich das im Verlauf ändern ist dies neu abzuklären!

Ich interessiere mich für:

☐ Körper-Psychotherapie, Atem- wie EntwicklungstraumaTherapie

☐ Krisenintervention, Konfliktklärung

☐ Paare - in Entwicklung, Integrative Paartherapie

☐ Familien jetzt – Begleitung, auch von Babys, Kindern, Jugendlichen

☐ KörperKontaktHaltetherapie, Schoßraum®-Prozessbegleitung, CraniosacralePolyvagale StressBalance,

☐ Somatic Experiencing (SE)®

☐ potentialorientiertes Coaching, ev. mit Systemischer Aufstellungsarbeit,

☐ Supervision (tiefenpsychologisch-systemisch), ev. in einer beruflichen Kleingruppe

☐ Gruppen-Workshops: Tagesseminare, Intensiv- wie Prozessgruppen (siehe Anmeldung für Gruppen)

Vielleicht brauchen Sie für diese Festlegung auch erstmal ein Klärungs-Erstgespräch!

Ihr Anliegen, ihre Themen und Ziele: (Konflikte/Symptome/Krankheiten/Beziehungsthemen/Wünsche)

Honorar:

Der Stundensatz für unsere heilkundlich - psychotherapeutischen Bemühungen beträgt 90 €, für Supervision/Coaching 100 € und ist in bar oder mit Erhalt einer (Sammel-) Rechnung zu überweisen. Zur ersten Stunde bitte ich Sie das Honorar bar zu zahlen oder zuvor zu überweisen!

Ermäßigungen sind, in Absprache, möglich!

Birgit Fiedler-Rumpel

Dipl. Päd. Heilpraktikerin für Psychotherapie · Körperpsychotherapie · ECP (European Certificate for Psychotherapy)
Lerntherapeutin, Paar-, Familien- und Gruppentherapeutin, Krisenbewältigung, Coaching, Supervision

Lahnweg 27
34131 Kassel
Tel./Fax 0561 7392347

E-Mail fiedler.rumpel@gmail.com
Internet koerperpsychotherapie-kassel.de
Steuer-Nr. 026 862 60597

Kasseler Sparkasse
IBAN DE43 5205 0353 0001 0892 53
BIC HELADEF1KAS



Praxis für
KörperPsychoTraumaTherapie
und Entwicklung

Termine und Ausfallregelung:

werden individuell vereinbart; Im Regelfall muss dieser frühzeitig (bis 24 Stunden zuvor) abgesagt werden. Andernfalls ist das vereinbarte Honorar für 1 Std. zu begleichen.

Mir ist bekannt, dass diese heilkundlichen Leistungen selbst zu zahlen sind, eine Privatrechnung ist. Ggf. übernimmt ihre private (Zusatz)Krankenversicherung- /Beihilfe die Erstattung (gemäß der Gebührenverordnung für Heilpraktiker Psychotherapie), meist nur mit einer ärztlichen Verordnung, dies ganz oder teilweise.

Im Falle einer Erkrankung ist eine ärztliche Versorgung, oder naturheilkundliche Therapie, klinische Psychotherapie notwendig. Wir haben Sie hiermit darauf hingewiesen!

Als Heilpraktiker für Psychotherapie bin ich dem VFP (Verband freier Psychotherapeuten), DGK (Deutsche Gesellschaft Körperpsychotherapie – EAPP, SE (Somatic Experiencing®) und weitere assoziiert.

Ich handle in unserer berufsethischen Verantwortung.

Es gilt die allgemein gültige Schweigepflicht/Datenschutzverordnung, im Anhang.

Ich handle in Eigenverantwortung und erkenne diese Bedingungen an.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

Datum, Unterschrift Therapeutin

Birgit Fiedler-Rumpel

Dipl. Päd. Heilpraktikerin für Psychotherapie · Körperpsychotherapie · ECP (European Certificate for Psychotherapy)
Lerntherapeutin, Paar-, Familien- und Gruppentherapeutin, Krisenbewältigung, Coaching, Supervision

Lahnweg 27
34131 Kassel
Tel./Fax 0561 7392347

E-Mail fiedler.rumpel@gmail.com
Internet koerperpsychotherapie-kassel.de
Steuer-Nr. 026 862 60597

Kasseler Sparkasse
IBAN DE43 5205 0353 0001 0892 53
BIC HELADEF1KAS

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

(Informationen zu unserem Datenschutz)

seit dem 25.05.2018 gilt die neue Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Damit werden Unternehmen verpflichtet, transparent mit den personenbezogenen Daten, die im Unternehmen verarbeitet werden, umzugehen.

Aus diesem Grund möchten wir Sie darüber informieren, dass wir folgende Daten über Sie in unserer Datenbank erfassen:

- Vorname _____
- Nachname _____
- Anschrift _____
- E-Mail Adresse _____
- Telefonnummer _____
- Handynummer _____

Wenn Sie uns Ihre Handynummer mitteilen, können Terminvereinbarungen oder Kontakte darüber erfolgen.

Mit dem Kontakt über: (bei Bedarf bitte ankreuzen)

☐ SMS

☐ WhatsApp/Signal

☐ E-Mail Einzelkontakt

☐ E-Mail Gruppenkontakt

☐ E-Mail E-Mail-Verteiler bin ich einverstanden.

Ihre persönlichen Daten werden teilweise elektronisch aufbewahrt und versandt.

Ihre Daten werden nicht ohne Ihr Einverständnis an Dritte weitergeleitet. Darüber hinaus gilt für uns die Schweigepflicht, die nur in besonderen Fällen zum Zwecke Ihrer Therapie (unserer Supervision) und in Abstimmung mit Ihnen aufgehoben werden kann. Meine/unsere Dokumentation erfolgen in Schriftform und werden nicht digital gespeichert. Ihre Kontaktdaten werden 10 Jahre aufbewahrt, so verlangt es der Gesetzgeber.

Digital verwenden wir ihre Handynummer/ E-Mail Adresse zur Kontaktaufnahme, Informationsaustausch, Terminvereinbarung, zum Rechnungs- und Belegversand und um über unsere Angebote zu informieren.

Unsere Bürokraft unterliegt ebenfalls der Schweigepflicht.

Wenn sie möchten, dass wir Ihre E-Mail aus dem Adressbuch löschen, dann antworten Sie bitte per E-Mail mit:

"Ich möchte keine E-Mail mehr von Ihnen erhalten". Wenn Sie aus einem Gruppen-Verteiler gelöscht werden wollen, antworten Sie bitte mit: **„Bitte aus dem E-Mail-Verteiler löschen“** Dann erhalten Sie künftig keine Infos mehr aus unserer Praxis. Solange wir diesbezüglich keine Rückmeldung von Ihnen erhalten, gehen wir davon aus, dass wir Sie auch in Zukunft per E-Mail über unserer Arbeit informieren dürfen.

Wir freuen uns weiterhin in Kontakt zu bleiben.

Freundliche Grüße



Kassel, den _____

Birgit Fiedler - Rumpel



Lothar Rumpel

Ich habe diese Informationen gelesen und bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.

Vor- und Nachname

Ort, Datum

Unterschrift