

GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK

RATZEBURGER ALLEE 89 • 23562 LÜBECK • Tel.: 0451/ 3 61 29 • Fax: 0451 / 5 82 35 48

www.hebammenpraxis-luebeck.de

Hiermit melden wir uns verbindlich für den HypnoBirthing-Kurs an:

Kursstart am: _____, Freitag 16 – 19 Uhr , 4 Termine

Kursort: Geburtshaus Lübeck, Ratzeburger Allee 89

Kosten: 390 € in der Gruppe / 490 € Einzeln

Angaben der Kursteilnehmer

Name der Mutter:

Anschrift:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Errechneter Geburtstermin:

Name des / der Geburtsbegleiters / in:

Beziehung zur Mutter:

Handy:

Informationen für die Kursleitung (optional):

Dies ist meine _____ Schwangerschaft. Ich habe _____ Kind (er),
Geburtsjahr (e) :

Medizinische Betreuung durch Arzt / Ärztin Hebamme

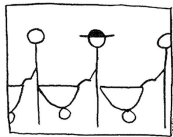
Angaben zur Gesundheit:

Sonstige Anmerkungen:

Unterschriebenes Einverständnis zur Teilnahme liegt im Original bei

Mit dem Eingang der Kursgebühr wird der Platz fest für Dich / für Euch reserviert. Doreen Grimm, IBAN: DE 96200905000009378308 / BIC : AUGBDE71NET. Für Rückfragen: 0451-6934554.

Ort, Datum und Unterschrift:



GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK

RATZEBURGER ALLEE 89 • 23562 LÜBECK • Tel.: 0451/ 3 61 29 • Fax: 0451 / 5 82 35 48

www.hebammenpraxis-luebeck.de

Einverständnis zur Teilnahme an einem HypnoBirthing-Kurs:

Ich, _____, und mein
Geburtsbegleiter _____ bestätigen

hiermit, dass wir uns für den HypnoBirthing-Kurs zur Vorbereitung auf die Geburt aus freien Stücken anmelden mit dem Verständnis, dass dieser Kurs dazu dient, uns beizubringen, unsere eigenen Fähigkeiten einzusetzen, um uns selbst in einen Zustand der Entspannung zu versetzen (Selbsthypnose).

Die Teilnahme an einem HypnoBirthing-Kurs setzt eine normale Belastbarkeit voraus. Ich erkläre hiermit, dass ich physisch wie psychisch in der Lage bin, an einem HypnoBirthing-Kurs teilzunehmen. Die Teilnahme am Kurs und die Anwendung der im Kurs erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten liegen in meiner Verantwortung.

Ich verstehe, dass der Inhalt des Kurses in keiner Weise eine ärztliche Empfehlung, Verordnung oder eine Form der Therapie ist oder ersetzt. Ich bin mir bewusst, dass ich bei gesundheitlichen Fragen betreffend meiner Schwangerschaft oder der Geburt einen Arzt, eine Hebamme oder eine andere qualifizierte Fachperson aufsuchen sollte.

Ich weiß, dass HypnoBirthing kein bestimmtes Geburtserlebnis garantieren kann, da der Verlauf einer Geburt von vielen Faktoren abhängt.

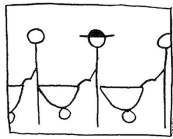
HypnoBirthing anzuwenden, ist ein freier, aktiver und selbstverantwortlicher Prozess.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass meine E-Mailadresse

_____ und mein Name an die HypnoBirthing GmbH

weitergegeben wird, damit ich Zugang zum Download-Bereich erhalte. (Die HypnoBirthing GmbH sichert zu, dass diese Daten ausschließlich für den Download-Zugang verwendet und nicht weitergegeben werden.)

Ort, Datum, Unterschrift (en)



GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK

RATZEBURGER ALLEE 89•23562 LÜBECK•Tel.: 0451/ 3 61 29•Fax: 0451 / 5 82 35 48

www.hebammenpraxis-luebeck.de

Informationen zum Datenschutz / Zustimmung zur Datenverarbeitung

Ab dem 25.05.18 gilt die EU-Datenschutzgrundverordnung.

Im Zuge dessen benötigen wir eine ausdrückliche Zustimmung von Ihnen, daß wir Ihre Daten verarbeiten bzw. verwenden dürfen.

Personenbezogene Daten und deren Verwendung

Mit der Anmeldung für unsere Kurse geben Sie uns Ihr Geburtsdatum, Ihre E-Mail Adresse, Ihre Telefonnummer und Ihre Adresse bekannt.

Ihre Daten werden nur von uns verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht eine sofortige Auskunft über die erhobenen Daten zu verlangen.

Sie haben das Recht die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten zu veranlassen.

Einwilligungserklärung

Ich / wir stimme/n der Datenverarbeitung zu den oben genannten Bedingungen zu.

Ort, Datum _____

Name (Blockbuchstaben)_____

Unterschrift_____