Salutosystemische Praxis

Ganzheitliche Logopädie

Irene Rentinck · Schloßstraße 20 · 56068 Koblenz · www.salog-rentinck.de · info@salog-rentinck.de

Anmeldung Coaching im Rahmen der Angehörigenbegleitung

Eigenständige Begleitung für Angehörige – ein Selbstzahlerangebot

Die Inhalte dieses Coachings beziehen sich ausschließlich auf die angehörige Person als Klientin bzw. Klienten und ihren eigenen Umgang mit der Situation. Es ist kein Bestandteil der Therapie des erkrankten Menschen und bezieht sich nicht auf dessen Behandlung. Für diese Begleitung wird eine eigene Akte geführt.

Angaben zur Person

Name: _____ Geboren: _____

Adresse, PLZ, Wohnort: _____

Telefon (priv./mobil): _____ E-Mail: _____

Aufmerksam auf SALOG geworden durch: _____

Gewähltes Angebot

☐ Schnupperstunde (60 Min.) 100€ ☐ Einzeltermine (60 Min.) 120€

☐ 5 Einzeltermine (je 60 min.) 600€. ☐ 10er-Paket 1100€ (je 60 min.)

Die Begleitung findet in Zusammenarbeit mit der Kundin bzw. dem Kunden und unter fachlicher Führung der Trainerin statt und fördert die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit und Selbstregulation. Die Teilnahme erfolgt in Selbstverantwortung der Kundin bzw. des Kunden.

Terminabsage und Zahlungspflicht

Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vor der geplanten Anwendung abgesagt werden, werden dennoch in Rechnung gestellt. In Härtefällen finden wir eine einvernehmliche Lösung.

☐ Ich habe die Regelung zur Terminabsage zur Kenntnis genommen.

Vertraulichkeit und interdisziplinärer Austausch

Was Sie mir anvertrauen, behandle ich vertraulich und gebe es nicht an Dritte weiter. Ein fachlicher Austausch mit anderen Therapeutinnen, Trainern oder Behandelnden erfolgt ausschließlich nach Absprache und mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. nein, ich bin nicht einverstanden

☐ Ich bin einverstanden, dass sich Frau Rentinck bei Bedarf austauscht

mit: _____ ☐ nein, ich bin nicht einverstanden.

Terminabsage und Zahlungspflicht

Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vor der geplanten Anwendung abgesagt werden, werden dennoch in Rechnung gestellt.

☐ Ich habe die Regelung zur Terminabsage zur Kenntnis genommen.

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, diesen Vertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsschlusses. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs (per Post an Schloßstraße 20, 56068 Koblenz, oder per E-Mail an info@salog-rentinck.de). Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf meiner Website.

☐ Ich wünsche ausdrücklich, dass die Trainingseinheiten bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen. Mir ist bekannt, dass mit vollständiger Leistungserbringung mein Widerrufsrecht erlischt und ich bei vorzeitigem Widerruf einen anteiligen Betrag für bereits erbrachte Leistungen schulde.

Datenverarbeitung und Datenschutz

Ihre Angaben verarbeite ich ausschließlich zur Durchführung und Organisation der vereinbarten Begleitung. Verantwortlich ist Irene Rentinck, Schloßstraße 20, 56068 Koblenz, info@salog-rentinck.de. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, außer Sie haben oben ausdrücklich zugestimmt. Ich speichere Ihre Daten nur so lange, wie es für die Zusammenarbeit und gesetzliche Aufbewahrungsfristen erforderlich ist. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen. Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie auf meiner Website.

☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den genannten Zwecken ein.

Im Rahmen der Begleitung können gesundheitsbezogene Informationen zur Sprache kommen. Diese besonders geschützten Daten verarbeite ich nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung und ausschließlich zur individuellen Gestaltung Ihrer Begleitung.

☐ Ich willige in die Verarbeitung gesundheitsbezogener Angaben zu diesem Zweck ein.

Hinweis: *Dieses Angebot ist eine Selbstzahlerleistung. Es dient der Ressourcenstärkung, Prävention und persönlichen Entwicklung und ersetzt keine ärztlich verordnete Heilbehandlung und keine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnostik oder Therapie.*

Koblenz, den _____

Unterschrift: _____