

Name des Patienten :

## **Liebe Patientin, lieber Patient,**

es besteht die Möglichkeit, Ihre Behandlung mit der Video- bzw. Digitalkamera aufzuzeichnen. Wir empfehlen Ihnen in Ihrem eigenen Interesse, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Denn in Hypnose kann es vorkommen, dass Sie sich hinterher nicht mehr an alles erinnern können. Es dient Ihrer Sicherheit, wenn die Behandlung dann vollständig dokumentiert ist. Indem Sie die Aufnahmen außerdem zu Aufklärungs- und Fortbildungszwecken freigeben, können Sie uns helfen, daraus zu lernen und andere Patienten über Hypnose aufzuklären.

# **Einverständniserklärung**

## **Videodokumentation**

Ich bin mit der Videoaufzeichnung meiner Behandlung einverstanden.

Ja     Nein

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Aufzeichnungen zur Patientenaufklärung sowie als Fortbildungsunterlage verwendet werden können.

Ja     Nein

Ort, Datum:

Unterschrift