

Klientenfragebogen INKONTAKT Ambulanz

Vielen Dank für Ihr Interesse an der INKONTAKT Ambulanz!

Damit wir Ihre Anfrage gut zuordnen und an eine passende Therapeut*in oder Berater*in weiterleiten können, benötigen wir einige kurze Angaben von Ihnen.

Die Informationen helfen uns, Ihre Anfrage so schnell wie möglich zu bearbeiten.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an: **ambulanz@gestalt-institut.com**

Ihr Ambulanzteam des INKONTAKT Gestaltinstituts Berlin

Datenschutzerklärung:

Verantwortlich:

Gabriele Blankertz, Gleimstr. 37, 10437 Berlin

E-Mail: inkontakt@gestalt-institut.com

Zweck der Verarbeitung:

Ihre Angaben werden ausschließlich zur Vermittlung einer geeigneten Fachperson (Therapeutin/Beraterin) verarbeitet.

Verarbeitete Daten:

Name, E-Mail, Telefonnummer, Volljährigkeit, Prioritätenliste, gewünschte Angebotskategorie.

Es werden keine Gesundheitsdaten erhoben.

Weitergabe:

Ihre Anfrage wird – falls erforderlich – per E-Mail an Fachpersonen Ihrer Prioritätenliste weitergeleitet.

Keine Weitergabe an sonstige Dritte.

Dienstleister:

E-Mail-Empfang und Hosting über ALL-INKL.COM (Auftragsverarbeitung, Server in Deutschland).

Speicherdauer:

Löschung spätestens 14 Tage nach Abschluss des Vermittlungsprozesses.

Rechtsgrundlage:

Ihre Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) und ggf. vorvertragliche Maßnahmen (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Widerruf jederzeit möglich.

Ihre Rechte:

Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf.

Beschwerde an die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung für die INKONTAKT-Ambulanz. (<https://gestalt-institut.com/datenschutz/#ds-ambulanz>)

Ich habe die Datenschutzhinweise für die INKONTAKT-Ambulanz gelesen und willige ein, dass meine Daten zum Zweck der Vermittlung an geeignete Fachpersonen verarbeitet und – falls erforderlich – an diese weitergegeben werden.

(<https://gestalt-institut.com/datenschutz/#ds-ambulanz>)

Vorname *

Name *

Ich bestätige, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin.*

Bitte geben Sie Ihre Email-Adresse ein.*

Telefon/ Handynummer *

Bitte geben Sie in der gewünschten Reihenfolge an, welche Therapeutinnen oder Beraterinnen Sie bevorzugen:*

(z. B. 1 = erste Wahl, 2 = zweite Wahl, 3 = dritte Wahl)

1. Name:

2. Name:

3. Name:

Welches Angebot der INKONTAKT Ambulanz würde Ihnen bei Ihrem Anliegen passend erscheinen?
Sie können mehrere Optionen auswählen.*

Beratung zu beruflichen Fragen

Beratung zu allgemeinen Lebensthemen

Psychotherapie beschränkt auf das Heilpraktikergesetz