Aufklärungs- und Einverständniserklärung

Freie Hypnose (keine Psychotherapie, keine medizinische oder klinische Anwendung)

Praxis SOUL.TIE – spiritual psychologie

Franziska Boschele, BSc, MSc |Grillparzergasse 6, 2700 Wiener Neustadt | www.soutlie.at

---

1. Was ist freie Hypnose?

Freie Hypnose ist ein Angebot zur Entspannung, Fokussierung, zum ändern von Gewohnheiten, Gewichtsmanagement und Selbsterfahrung. Mithilfe von Sprache, Imagination und Aufmerksamkeitslenkung wird ein tiefer Entspannungszustand angeregt, in dem Sie Ihre Aufmerksamkeit nach innen richten können. Sie bleiben dabei jederzeit ansprechbar, handlungsfähig und behalten die Kontrolle über sich selbst.

2. Abgrenzung – was freie Hypnose NICHT ist

Mein Angebot der freien Hypnose ist ausdrücklich:

- **keine Hypnotherapie**
- **keine Psychotherapie**
- **keine medizinische Hypnose** und keine ärztliche Behandlung
- **keine klinische Anwendung** und keine klinisch-psychologische Behandlung
- **keine Diagnostik**, keine Krankenbehandlung und keine Heilbehandlung

Es werden keine Krankheiten, psychischen Störungen oder Beschwerden diagnostiziert, behandelt, gelindert oder geheilt. Es werden **keine Heilversprechen** gegeben. Die Hypnose ersetzt weder eine ärztliche, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung noch Medikamente. Bestehende Behandlungen sollten nicht ohne Rücksprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt verändert oder abgebrochen werden.

3. Mögliche Erfahrungen während und nach der Sitzung

Während oder nach einer Hypnosesitzung können unter anderem auftreten: Entspannung, Schwere- oder Leichtigkeitsgefühl, Müdigkeit, Emotionen (z. B. Rührung, Weinen, Lachen), Körperempfindungen, intensive innere Bilder oder vorübergehende Benommenheit. In seltenen Fällen können Unruhe, Kopfschmerzen, Schwindel oder unangenehme Gefühle auftreten. Bei Unwohlsein können Sie die Sitzung **jederzeit** unterbrechen oder beenden.

4. Ausschluss von Kontraindikationen

Freie Hypnose ist nur für gesunde Erwachsene geeignet, bei denen **keine** der folgenden Kontraindikationen vorliegt. Bitte lesen Sie die Liste sorgfältig und bestätigen Sie, dass **keiner** dieser Punkte auf Sie zutrifft:

☐ Psychotische Erkrankungen oder Psychoseerfahrung (z. B. Schizophrenie, wahnhafte Störungen), auch in der Vorgeschichte

☐ Akute Suizidgedanken oder Suizidalität, Selbstverletzung

☐ Schwere oder akute Depression, bipolare Störung (manische/depressive Episode)

☐ Akute posttraumatische Belastungsstörung oder nicht verarbeitete schwere Traumatisierung

☐ Dissoziative Störungen oder ausgeprägte Dissoziationsneigung

☐ Schwere Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline)

☐ Epilepsie oder andere Anfallsleiden

☐ Schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, unkontrollierter Bluthochdruck, kürzlich erlittener Herzinfarkt oder Schlaganfall

☐ Akute Suchterkrankung oder Einfluss von Alkohol, Drogen oder bewusstseinsverändernden Substanzen zum Zeitpunkt der Sitzung

☐ Einnahme von Medikamenten, die Bewusstsein, Wahrnehmung oder Aufmerksamkeit stark beeinflussen (ohne ärztliche Freigabe)

☐ Demenz oder andere hirnorganische Erkrankungen

☐ Akute, nicht abgeklärte körperliche oder psychische Beschwerden

☐ Aktuelle Schwangerschaft mit Komplikationen (bei normaler Schwangerschaft bitte vorab Rücksprache mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt)

☐ Aktuelle psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, die nicht mit der behandelnden Fachperson abgesprochen ist

Wichtig: Dieser Bogen dient dem Ausschluss von Kontraindikationen. Wenn auch nur ein Punkt auf Sie zutrifft oder Sie unsicher sind, **findet keine Hypnose statt**. Bitte sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten. Bei akuten psychischen Krisen wenden Sie sich bitte an den ärztlichen Notdienst, die Psychiatrische Soforthilfe (Notruf 141 bzw. 142) oder den Notruf 144 / 112.

5. Eigenverantwortung und Freiwilligkeit

- Die Teilnahme ist **freiwillig**. Sie können die Sitzung jederzeit ohne Angabe von Gründen unterbrechen oder beenden.
- Ich bin für meine Gesundheit **selbst verantwortlich** und habe alle Fragen zu meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet.
- Ich habe die Praxis über alle mir bekannten relevanten Umstände informiert und werde Änderungen meines Gesundheitszustands mitteilen.
- Ich nehme **nicht aktiv am Straßenverkehr** teil, solange ich mich nach der Sitzung benommen oder nicht voll aufmerksam fühle.
- Mir ist bewusst, dass kein bestimmter Erfolg zugesichert oder garantiert werden kann.

6. Verschwiegenheit und Datenschutz

Alle Inhalte der Sitzung und alle von Ihnen angegebenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, außer es besteht eine gesetzliche Verpflichtung. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß DSGVO ausschließlich zur Durchführung und Dokumentation des Angebots. Gesundheitsbezogene Angaben werden nur auf Basis Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeitet. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Widerruf Ihrer Einwilligung. Aufbewahrung: [Dauer, z. B. gemäß gesetzlicher Aufbewahrungsfristen].

7. Haftung

Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Schäden, die aus unvollständigen oder unwahren Angaben im Rahmen dieses Bogens entstehen, ist ausgeschlossen. Dieser Haftungsausschluss gilt nicht für Vorsatz, grobe Fahrlässigkeit oder Personenschäden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.

---

8. Erklärung der Klientin / des Klienten

Hiermit bestätige ich:

☐ Ich habe diese Aufklärung vollständig gelesen und verstanden, und meine Fragen wurden beantwortet.

☐ Mir ist bewusst, dass es sich um **freie Hypnose** handelt, die **weder Hypnotherapie noch Psychotherapie noch medizinische oder klinische Behandlung** ist und diese nicht ersetzt.

☐ Ich bestätige, dass bei mir **keine der unter Punkt 4 genannten Kontraindikationen** vorliegt.

☐ Ich bin volljährig (mindestens 18 Jahre) und entscheide freiwillig und eigenverantwortlich über meine Teilnahme.

Bei Minderjährigen Klient:innen: Mein/e Erzeihungsberechtigte/r (NAME_____) stimmt der Anwendung zu und ist die ganze Zeit über anwesend.

☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten gemäß Punkt 6 ein.

Name (Klient/in): _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Klient/in): _____

Unterschrift (Hypnotiseurin): _____