

# Cranioharmonie Bülach – Einverständnis-, Datenschutzerklärung & Haftungsausschluss

---

**Praxis / Therapeut:** Cranioharmonie Bülach, Pasquale Secreti

**Adresse:** Schuemacherstrasse 4, 8180 Bülach

**E-Mail:** info@cranioharmonie.ch

**Telefon:** 078 352 25 59

## 1. Einverständnis zur Behandlung

Ich, \_\_\_\_\_,  
erkläre mich damit einverstanden, dass ich die Cranio-Sacral-Therapie in der Praxis von  
Pasquale Secreti erhalte.

Ich verstehe dass,

- Die Therapie ist eine komplementäre, unterstützende Behandlung.
- Sie ersetzt **keine ärztliche Diagnose** und stellt **keine Heilbehandlung** dar.
- Bei akuten oder ernsthaften Beschwerden werde ich weiterhin **ärztliche Hilfe** in Anspruch nehmen.

## 2. Datenschutzerklärung

### 1. Verantwortliche Stelle:

Cranioharmonie Bülach, Pasquale Secreti

### 2. Erhobene Daten:

Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Gesundheitsinformationen, Behandlungsverlauf, Zahlungsinformationen.

### 3. Zweck der Datenverarbeitung:

Planung und Durchführung der Therapie, Terminorganisation, Abrechnung, Kommunikation.

### 4. Datenweitergabe:

Keine Weitergabe an Dritte ohne ausdrückliche Zustimmung, **außer gesetzlich vorgeschrieben.**

### 5. Speicherdauer:

Die Daten werden während der Therapie und anschließend **mindestens 10 Jahre** gespeichert (medizinische Empfehlung).

### 6. Rechte der Klient:innen:

- Auskunft über gespeicherte Daten
- Berichtigung unrichtiger Daten
- Löschung von Daten
- Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung

### 7. Sicherheitsmaßnahmen:

Die Daten werden vertraulich behandelt und **physisch und digital gesichert**.

### Einwilligung:

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu den oben genannten Zwecken zu.

## 3. Haftungsausschluss

- Die Behandlung erfolgt auf **eigene Verantwortung** der Klientin / des Klienten.
- Es werden **keine Heilversprechen** gegeben.
- Der Therapeut übernimmt **keine Haftung** für gesundheitliche Folgen, ausser bei **vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Handeln**, soweit gesetzlich zulässig.
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass bei bestehenden Erkrankungen oder Unsicherheiten eine **ärztliche Abklärung** empfohlen wird.
- Ich bestätige, dass ich meine Fragen zur Therapie und möglichen Risiken **vor Beginn der Behandlung gestellt und verstanden** habe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Unterschrift Therapeut/in: \_\_\_\_\_