



## ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Bitte lesen Sie diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die für die Erbringung meiner professionellen Dienstleistungen gelten. Durch die Vereinbarung eines Termins stimmen Sie den folgenden Bedingungen zu. Sollten Sie diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen nicht zustimmen oder nicht zustimmen können, sollten Sie keinen Termin vereinbaren oder Ihre Therapie fortsetzen.

### KOSTENLOSE ERSTBERATUNG

Sie erhalten eine kostenlose 30-minütige Online-Erstberatung. Während der Beratung wird keine Therapie durchgeführt. Zweck dieser Erstberatung ist es, Ihre Bedürfnisse grob einzuschätzen und festzustellen, ob ich diese Bedürfnisse erfüllen kann. Während dieser Gespräche werden auf der Grundlage der zu diesem Zeitpunkt vorgelegten Informationen Schätzungen über die Anzahl der Sitzungen abgegeben, die zur Bearbeitung Ihres Anliegens erforderlich sind. Diese Schätzungen sind nur grobe Richtlinien und können sich ändern.

### BUCHUNG & ZAHLUNG

**Persönliche Sitzungen:** Eine nicht erstattbare Anzahlung in Höhe von 50 % der Sitzungsgebühr ist fällig, wenn Sie Ihre erste persönliche Sitzung buchen. Der Restbetrag der Gebühr ist mindestens 48 Stunden vor der ersten Sitzung fällig. Für Stornierungen innerhalb von 48 Stunden vor dem Sitzungstermin werden keine Rückerstattungen gewährt.

**Online-Sitzungen:** Für Online-Sitzungen ist keine Anzahlung erforderlich. Die Zahlung für Online-Sitzungen muss jedoch mindestens 24 Stunden vor Beginn der geplanten Sitzung erfolgen. Sollte die Zahlung nicht 24 Stunden vor Ihrer Sitzung eingehen, wird die Sitzung storniert und möglicherweise jemand anderem angeboten. Es liegt in Ihrer Verantwortung, die Sitzungsgebühren vor jeder geplanten Sitzung zu zahlen, um die Terminbuchung zu bestätigen.

## **STORNIERUNG, UMBUCHUNG & RÜCKERSTATTUNGEN**

### ***Stornierung & Umbuchung***

Falls Sie eine Sitzung stornieren oder umplanen müssen, geben Sie bitte so früh wie möglich Bescheid. Die Benachrichtigung muss mindestens 48 Stunden vor einer persönlichen Sitzung oder 24 Stunden vor einer Online-Sitzung per E-Mail oder Telefonanruf erfolgen.

### ***Rückerstattungen***

Für Stornierungen innerhalb von 48 Stunden vor einer persönlichen Sitzung oder 24 Stunden vor einer Online-Sitzung werden keine Rückerstattungen gewährt.

Sitzungsgebühren decken meine Zeit und mein professionelles Fachwissen ab und sind keine Garantie für einen erfolgreichen Ausgang. Daher werden keine Rückerstattungen für Sitzungen gewährt, bei denen Sie anwesend waren und für die Sie bezahlt haben.

Wenn ein Rabattpaket oder Therapieprogramm im Voraus gebucht und bezahlt wurde und Sie sich entscheiden, den Therapieprozess zu beenden, bevor alle Sitzungen stattgefunden haben, wird eine anteilige Rückerstattung nach Abzug der vollen Standardgebühr für alle von Ihnen besuchten Sitzungen gewährt.

### ***Sitzungsgebühren***

Alle professionellen Gebühren werden Ihnen vor der Buchung mitgeteilt. Meine professionellen Gebühren werden regelmäßig überprüft und können sich von Zeit zu Zeit erhöhen. Sie erhalten immer eine Bestätigung der Gebühren vor der Buchung.

### ***Zahlungsmethoden***

Zahlungen können online per Kredit-/Debitkarte, PAYPAL™ oder TWINT erfolgen. Die Zahlung für persönliche Sitzungen kann vor Ihrer Sitzung in bar erfolgen. Schecks werden nicht akzeptiert.

### **KONTAKT ZWISCHEN DEN SITZUNGEN**

Der Kontakt zwischen den Sitzungen erfolgt nur während der Bürozeiten (Montag bis Freitag, 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr) per Telefon, E-Mail oder Brief. Nachrichten, die außerhalb dieser Zeiten eingehen, werden nur während der Bürozeiten bearbeitet.

### **MEDIZINISCHE ODER PSYCHOLOGISCHE ERKRANKUNGEN**

Ich werde möglicherweise Fragen zu Ihrer Krankengeschichte stellen, um eventuelle Kontraindikationen für die Behandlung festzustellen. Dies hilft auch dabei zu beurteilen, ob Ihre Gesundheit die therapeutischen Ziele, die Sie erreichen möchten, beeinflusst (oder von diesen beeinflusst wird). Bitte informieren Sie mich über alle medizinischen Änderungen während Ihrer Therapie oder wenn Sie nach einer Abwesenheit zur Therapie zurückkehren.

Wenn Sie sich in der Betreuung oder Behandlung eines medizinischen, gesundheitlichen oder therapeutischen Fachpersonals befinden, z. B. Hausarzt, Psychologe, Psychiater oder Berater, kann es sein, dass Sie deren Erlaubnis einholen müssen, bevor eine Therapiesitzung beginnen kann. Bitte beachten Sie, dass ich meine professionellen Dienstleistungen nicht anbieten kann, wenn Sie an Epilepsie oder einer Form von Psychose leiden.

### **ALTERSBESCHRÄNKUNGEN**

Sie müssen mindestens 18 Jahre alt sein, um an Online-Sitzungen teilnehmen zu können. Klienten unter 18 Jahren müssen von einem Elternteil oder Erziehungsberechtigten begleitet werden und werden persönlich gesehen.

### **TEILNAHME AN IHREN SITZUNGEN**

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie zu Beginn Ihrer Sitzung verfügbar sind. Wenn Sie sich verspäten, lassen Sie es mich bitte so schnell wie möglich wissen. Ich werde mein Bestes tun, um eine vollständige Sitzung zu ermöglichen, aber da die Möglichkeit davon abhängt, ob nach Ihrer Sitzung noch Buchungen vorhanden sind, kann dies nicht garantiert werden.

### **HYPNOSEAUFNAHMEN**

Hypnoseaufnahmen sollten nicht während des Autofahrens, beim Bedienen von Maschinen oder bei anderen Tätigkeiten, die Konzentration erfordern, angehört werden. Jede zur Verfügung gestellte Aufnahme ist ausschließlich für Ihren persönlichen Gebrauch bestimmt und darf unter keinen Umständen weitergegeben, verliehen, kopiert oder verkauft werden.

### **ERGEBNIS DER SITZUNGEN**

Die Vereinbarung, an den von Ihnen vorgebrachten Problemen zu arbeiten, impliziert in keiner Weise eine Garantie für die Lösung Ihrer Probleme. Es kann und wird kein Ergebnis garantiert. Ich werde jedoch stets bemüht sein, meine besten Anstrengungen und Fähigkeiten einzusetzen, um auf Ihre Ziele und beabsichtigten Ergebnisse hinzuarbeiten.

### **VERHALTENSSTANDARDS**

Während der Therapie-Sitzungen werde ich Sie mit Respekt behandeln und das Vertrauen, das Sie in mich setzen, nicht missbrauchen. Ich werde jederzeit nach den besten Praktiken zu unserem beiderseitigen Nutzen handeln. Im Gegenzug verpflichten Sie sich, weder sich selbst noch eine andere Person, einschließlich mir, oder Eigentum, das mir oder einer anderen Person gehört, zu schädigen.

Sie stimmen zu, nicht unter dem Einfluss von Alkohol oder Freizeitdrogen zu den Sitzungen zu erscheinen, mit Ausnahme von Medikamenten, die Ihnen von Ihrem Arzt verschrieben wurden. Sollten Sie unter dem Einfluss von Alkohol oder Freizeitdrogen zu den Sitzungen erscheinen oder ein gewalttätiges oder missbräuchliches Verhalten zeigen, werde ich die Sitzung abbrechen und mir vorbehalten, Sie für weitere Sitzungen abzulehnen, ohne bereits geleistete Zahlungen zurückzuerstatten.

## VERTRAULICHKEIT

Alle Kontakte, einschließlich Sitzungen, Telefongespräche und E-Mails, werden vertraulich behandelt und können aufgezeichnet werden. Vor jeder Aufnahme wird Ihre Zustimmung eingeholt. Alle Aufnahmen, Gespräche und Notizen bleiben vertraulich, außer in den folgenden Fällen:

1. Wenn Sie die Erlaubnis zur Aufhebung der Vertraulichkeit geben
2. Wenn ich durch ein Gericht dazu verpflichtet werde
3. Wenn die Informationen von einer Art sind, dass die Vertraulichkeit nicht aufrechterhalten werden kann, zum Beispiel:
  - Wenn die Möglichkeit besteht, dass Sie sich selbst oder anderen Schaden zufügen
  - In Fällen von Betrug oder Kriminalität
  - Wenn Minderjährige (unter 18 Jahren) beteiligt sind
4. Wenn ein überweisender Hausarzt oder ein anderer Gesundheitsfachmann einen Bericht verlangt. Eine Kopie des Berichts ist auf Anfrage erhältlich.

## HAFTUNG & SCHADLOSHALTUNG

Unter keinen Umständen haften *Celestine Reine Wussler* für Schäden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf direkte, indirekte, zufällige, besondere, strafbare, Folgeschäden oder andere Schäden (einschließlich, aber nicht beschränkt auf entgangenen Gewinn, entgangene Einnahmen oder ähnliche wirtschaftliche Verluste), sei es aus Vertrag, unerlaubter Handlung oder anderweitig, die sich aus den während der professionellen Dienstleistungen von *Celestine Reine Wussler* an Sie gegebenen Ratschlägen oder Informationen ergeben. Darüber hinaus stimmen Sie zu, *Celestine Reine Wussler* gegen alle Ansprüche, Verluste, Haftungen, Schäden und Ausgaben (einschließlich Anwaltsgebühren) zu verteidigen, zu entschädigen und schadlos zu halten, die sich aus Ihrer Teilnahme an den professionellen Dienstleistungen ergeben.

### **ANWENDBARES RECHT**

Diese Geschäftsbedingungen und alle anderen Angelegenheiten, die sich aus oder im Zusammenhang mit diesen Bedingungen ergeben, unterliegen dem Schweizer Recht und werden in Übereinstimmung mit diesem ausgelegt. Sie stimmen zu, sich der ausschließlichen Gerichtsbarkeit der Schweizer Gerichte zu unterwerfen, um alle Streitigkeiten beizulegen, die sich aus oder im Zusammenhang mit diesen Geschäftsbedingungen ergeben können.

### **AKTUALISIERUNGEN DER GESCHÄFTSBEDINGUNGEN**

Diese Geschäftsbedingungen können ohne Vorankündigung geändert werden. Bitte machen Sie sich mit den Änderungen vertraut, wenn Sie die Therapie nach einer langen Abwesenheit wieder aufnehmen.

### **DATENSCHUTZ**

Für meine Dienstleistungen werden Ihre personenbezogenen Daten gemäß der folgenden Datenschutzrichtlinie erhoben, verarbeitet, genutzt und gespeichert: [DATENSCHUTZRICHTLINIE](#).

Durch die Buchung eines Termins erklären Sie sich mit dieser Datenschutzrichtlinie einverstanden. Wenn Sie dieser Richtlinie nicht zustimmen, buchen Sie bitte keinen Termin. Die Bedingungen dieser Datenschutzrichtlinie können sich von Zeit zu Zeit ohne vorherige Ankündigung ändern, daher überprüfen Sie bitte regelmäßig meine Website auf etwaige Änderungen.

### **ANLIEGEN & BESCHWERDEN**

Wenn Sie ein Anliegen oder eine Beschwerde bezüglich Ihrer Therapie haben, besprechen Sie dies bitte zunächst mit mir, und ich werde mich bemühen, das Problem zu lösen.

## ERKLÄRUNGEN ZUM VERSTÄNDNIS

Durch die Unterzeichnung der Kundenvereinbarung erklären Sie sich damit einverstanden, die Bedingungen der Kundenvereinbarung einzuhalten. Sie stimmen auch den folgenden Erklärungen zu:

Ich bestätige, dass mich *Celestine Reine Wussler* über den Umfang der von ihr angebotenen Therapien informiert hat und gebe meine uneingeschränkte Zustimmung, Therapiesitzungen von *Celestine Reine Wussler* zu erhalten.

Ich verstehe, dass die Ergebnisse von Person zu Person variieren können und die Vereinbarung von *Celestine Reine Wussler*, an den von mir vorgebrachten Problemen oder Themen zu arbeiten, unter Anwendung der für meine Situation geeigneten Therapien in keiner Weise die Lösung der vorliegenden Probleme oder Themen impliziert oder garantiert. Ich verstehe, dass Hypnotherapie oder jede andere Therapie oder Information, die von *Celestine Reine Wussler* persönlich, per Telefon, E-Mail oder Internet angeboten wird, kein Ersatz für medizinische, psychologische oder psychiatrische Behandlung ist. Wenn ich Zweifel oder Bedenken bezüglich meiner Gesundheit habe, werde ich Rat bei einem entsprechend qualifizierten Gesundheitsfachmann einholen. Ich erkläre, dass ich, falls *Celestine Reine Wussler* mich vor oder nach einer Therapiesitzung auffordert, eine medizinische Genehmigung einzuholen, meinen Hausarzt, Krankenhausberater und/oder anderen Gesundheitsfachmann konsultieren und die entsprechende schriftliche Genehmigung für *Celestine Reine Wussler* vor der nächsten Therapiesitzung einholen werde.

Ich wurde darüber informiert, dass es mir freisteht, jede oder alle Sitzungen jederzeit zu beenden.

Ich verstehe, dass mein Motivationsniveau im Therapieprozess entscheidend ist, und ich erkläre mich damit einverstanden, jederzeit nach besten Kräften teilzunehmen, einschließlich der angemessenen Nutzung therapeutischer Vorschläge während und zwischen den Sitzungen sowie des Anhörens von MP3-Aufnahmen und/oder der Durchführung anderer therapeutischer Aufgaben, soweit dies angemessen ist.

Ich habe während der Erstberatung und/oder der ersten Therapiesitzung alle Fragen genau und wahrheitsgemäß beantwortet und Hintergrundinformationen zur Verfügung gestellt und werde dies auch während aller nachfolgenden Therapiesitzungen tun.

**VERTRAULICHKEIT**

Mit meiner Unterschrift auf diesem Formular stimme ich zu, dass *Celestine Reine Wussler* Informationen an eine bestimmte Person oder Behörde weitergeben darf, wenn festgestellt wurde, dass eine gefährdete Person (Kind oder ältere Person) in Gefahr ist; wenn ich als Klient in unmittelbarer Gefahr für mich selbst oder andere bin; oder wenn eine Vorladung von Unterlagen angefordert wurde.

Ich verstehe auch, dass *Celestine Reine Wussler* jederzeit Aspekte meines Falls mit anderen Kollegen besprechen kann, wobei mein vollständiger Name und meine Identität stets vollständig vertraulich bleiben, es sei denn, ich habe anderweitig meine Erlaubnis erteilt.

**Vollständiger Name:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_