

ANMELDUNG zu einem Bethel SOZO

- Einzel-SOZO SHABAR SOZO Intensivtraining mit Start am: _____
 SOZO-Basic ONLINE SOZO Gruppe SOZO-Supervision mit Start am: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen! Bitte füllen Sie dieses Formular vor Ihrem SOZO-Termin aus und bringen Sie es ausgedruckt mit:

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Herr u. Frau <input type="checkbox"/> keine Angabe	Geb.-Datum
Name	Vorname
Name Partner/in	Vorname Partner/in
Straße	PLZ Ort
Tel./Mobil	E-Mail-Adresse

Unsere SOZO Termine (außer ONLINE) finden in unseren Räumen der Christlich-therapeutischen Praxis der MyFlux GmbH (<http://sozo.myflux.de/>) in der Simonshofer Str. 13a in 91207 Lauf (bei Nürnberg) statt. Alle SOZO Termine sind kostenpflichtig (siehe sozo.myflux.de). Die Abrechnung erfolgt über die MyFlux GmbH. Grundsätzlich wird alles, was Sie betrifft, vertraulich behandelt. Wir (das SOZO-Team) behalten uns jedoch vor, uns bei Hinweisen auf eine akute Fremd- oder Selbstgefährdung sowie bei Missbrauch von Kindern oder Hilfsbedürftigen an entsprechende Behörden/Personen zu wenden.

Haftungsausschluss:

Hiermit entlasse ich die SOZO-Leiter bzw. das SOZO-Team aus jeglichem Haftungsanspruch, der durch den von mir freiwillig wahrgenommenen Gebetsdienst entstanden ist. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei Bethel SOZO um einen Gebetsdienst handelt, nicht um eine professionelle Therapie (z.B. medizinisch, psychotherapeutisch oder Sozialarbeit). Ich verspreche, dass, falls ich zur Zeit Medikamente einnehme oder unter professioneller Behandlung stehe, diese nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem mich Behandelnden unterbreche. Durch meine Unterschrift bestätige ich, die vorherigen Abschnitte gelesen zu haben und stimme diesen zu.

Erklärung zum Datenschutz:

Ich willige ein, dass die MyFlux GmbH meine personenbezogenen Daten elektronisch wie auch in Papierform speichert und zu eigenen Werbezwecken nutzen darf. Ich willige mit meiner Unterschrift zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Datenschutzerklärung ein. Unsere Datenschutzerklärungen sind auf unserer Webseite sozo.myflux.de vollständig einzusehen. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Diese Einwilligung ist Voraussetzung dafür, dass ein SOZO-Termin stattfinden kann.

Die MyFlux GmbH versichert, dass sie meine Daten nicht an Dritte weiterleitet (Ausnahme bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben).

Die MyFlux GmbH weist Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Zusendung dieser Anmeldung per E-Mail als eine unverschlüsselte E-Mail unter Umständen von allen an der Übertragung beteiligten Stellen problemlos mitgelesen werden kann und nicht sicher ist.

Ort, Datum

Unterschrift

SOZO erhalten/wahrgenommen am:

Ort, Datum

Unterschrift

Von der SOZO-Leitung auszufüllen:

SOZO gegeben am: _____

von: _____

Weitere Angaben zum Bethel SOZO

Wie haben Sie von SOZO erfahren?

Haben Sie bereits ein SOZO erhalten? JA NEIN

NUR FÜR Einzel-SOZO / SHABAR AUSFÜLLEN

Weshalb möchten Sie ein SOZO empfangen?

Befinden Sie sich derzeit in Therapie, Beratung und/oder Seelsorge? Weshalb?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie derzeit mit einem der u.a. Themen/Probleme zu tun haben:

- | | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> kürzlicher Verlust |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch | <input type="checkbox"/> Abhängigkeiten | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuche |
| <input type="checkbox"/> Abtreibung | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> sexueller Missbrauch | <input type="checkbox"/> Pornographie |
| <input type="checkbox"/> Okkultismus | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeiten | <input type="checkbox"/> Vorstrafen | |

bzw. welche Themen Sie gerne bearbeiten möchten:

- | | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> berufliche Veränderung | <input type="checkbox"/> Berufung | <input type="checkbox"/> Vision | <input type="checkbox"/> andere |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

NUR FÜR SOZO Intensivtraining AUSFÜLLEN

Teilnahme am SOZO Basic Seminar in _____ am _____

Eigenes SOZO empfangen: JA NEIN

Gewünschte Teilnahme am SOZO Intensivtraining AKTIV PASSIV

NUR FÜR SOZO Supervision AUSFÜLLEN

Teilnahme am SOZO Basic Seminar in _____ am _____

Eigenes SOZO empfangen JA NEIN

Teilnahme am SOZO Intensivtraining in _____ am _____