



Zertifizierte  
Peter Hess®-Klangmassage Praxis



## Antrag auf Auszeichnung als „Zertifizierte Peter Hess®-Klangmassage Praxis“

Ich erfülle alle Voraussetzungen für eine „Zertifizierte Peter Hess®-Klangmassage Praxis“:

- Ich habe das Aufbauseminars „Individuelle Klangmassage leicht, gekonnt und sicher gestalten!“ am Peter Hess® Institut am: \_\_\_\_\_ absolviert.
- Nach dem Besuch des Aufbauseminars „Individuelle Klangmassage leicht, gekonnt und sicher gestalten!“ habe ich 2 Jahre praktische Erfahrungen als zertifizierte/r Peter Hess®-Klangmassagepraktiker\*in gesammelt bevor ich diesen Antrag stelle.
- Eigener Klangraum von \_\_\_\_\_ qm (mind. 10 qm)
- Klangmassage mit Peter Hess® Therapieklangschalen (mind. Klangmassage Basis-Set mit passenden Schlägeln)
- Professionelle Lagerungsmöglichkeit, vorzugsweise eine Liege mit Lagerungshilfen
- Büchertisch mit Leseexemplaren der Fachliteratur zu den Peter Hess®-Klangmethoden ist vorhanden Infomaterial zu den Peter Hess®-Klangmethoden liegt aus

**Eine aktive Teilnahme an den Regionalgruppen-Treffen ist erforderlich (Termine für die Treffen sind auf den Regio-Websites zu finden).**

- Ich nehme regelmäßig an den Regionalgruppen-Treffen teil.
- Ich werde in Zukunft regelmäßig an den Regionalgruppen-Treffen teilnehmen.

Region/Regionalleiter: \_\_\_\_\_

**Hiermit beantrage ich die Auszeichnung als „Zertifizierte Peter Hess®-Klangmassage Praxis“ für 2 Jahre**

Name, Vorname
Privatadresse, Telefon, Mobil, Fax
Mitglieds-Nummer beim Internationalen Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V.
Adresse der Praxis, Telefon, Mobil, Fax
E-Mail, Website

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, Änderungen sofort dem Internationalen Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V. (E-Mail: versand@fachverband-klang.de) bekanntzugeben. Nach Prüfung des Antrags und Erhalt der Zusage ist die Bearbeitungsgebühr in Höhe **von 50€** fällig, bei vorliegendem SEPA Mandat buchen wir die Gebühr von Ihrem Konto ab.

**Empfänger:** *Internationaler Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V.*  
IBAN:DE43 2915 1700 1510 0410 21· BIC: BRLADE21SYK · Kreissparkasse Syke, Deutschland  
**Verwendungszweck:** **Zertifizierte Peter Hess®-Klangmassage Praxis**

Nach Zahlungseingang wird das Zertifikat für die Peter Hess®-Klangmassage Praxis per Post zugesandt.

Die Zertifizierung der „Peter Hess®-Klangmassage Praxis“ wird für einen Zeitraum von 2 Jahren erteilt. Maßgeblich ist das Ausstellungsdatum des Praxis Zertifikates. Vor Ablauf der 2 Jahre ist ein Refresh zu absolvieren, eine „Auffrischung“, die nach den Qualitätsrichtlinien der FG (Freie Gesundheitsberufe) vorgegeben und auch für unsere Qualitätssicherung wichtig und beschlossen ist.

Wird nicht rechtzeitig der Refresh Nachweis erbracht, darf das Praxisschild/der Praxisaufkleber nicht weiterverwendet werden und das zur Verfügung gestellte Logo auf der Website und den Printmedien muss entfernt werden.

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

### 1. Einverständnis zur Verarbeitung und Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten:

Dass meine personenbezogenen Daten auf der Homepage des **Internationalen Fachverbands Klang-Massage-Therapie e.V.** veröffentlicht werden, in der Referenzliste der zertifizierten Peter Hess®- Klangmassagepraktiker\*in. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich jederzeit die Änderung und / oder Löschung meiner Daten veranlassen kann, direkt bei der Geschäftsstelle: Internationaler Fachverband Klang-Massage-Therapie, Ortheide 29, 27305 Bruchhausen-Vilsen. (E-Mail: versand@fachverbandklang.de)

einverstanden     nicht einverstanden    **(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

### 2. Einverständnis zur Weiterleitung der Daten an das Peter Hess® Institut zur Datenverarbeitung:

Dass der Internationale Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V. meine oben genannten Daten an die Geschäftsstelle Peter Hess® Institut zur Veröffentlichung auf der Website weiterleitet. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich jederzeit die Änderung und / oder Löschung meiner Daten veranlassen kann, direkt bei der Geschäftsstelle: Peter Hess® Institut, Ortheide 29, 27305 Bruchhausen-Vilsen (E-Mail: info@peter-hess-institut.de)

einverstanden     nicht einverstanden    **(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift