

Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für Therapiesitzungen/Coachings

| | |
|---|---|
| Name | |
| Vorname | |
| Strasse, Hausnummer | |
| Postleitzahl, Ort | |
| Geburtsdatum | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail Adresse | |
| Beruf | |
| Nationalität | |
| Konsultationsgrund | |
| | |
| Nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn Ja, welche | |
| Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Befanden Sie sich bereits in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Befinden Sie sich zurzeit in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn Ja: Name und Ort des Therapeuten/Arztes | |

Sie erlauben mir eine auf Sie bezogene Klientenkartei (Dossier) anzulegen. Im Rahmen der Therapie werden spezifische Prozesse, Techniken und therapeutische Hilfsmittel angewendet. Der Erfolg der Therapie hängt von vielerlei Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch eingeschätzt werden. Eine Beanspruchung der Therapie/des Coachings schliesst die Notwendigkeit ärztlicher und/oder weiterer psychotherapeutischer Konsultationen nicht aus. Die Therapie/das Coaching eignet sich als komplementärmedizinische Anwendung. Im Falle von Krankheitsbildern ist die hier vorgesehene Therapie/das Coaching keine Grundtherapie oder ganzheitliche Therapie. Die hier vorgesehene/n Einzelsitzung/en will/wollen die Schulmedizin wie auch die Psychotherapie nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen. Jegliche Haftung für Folgewirkungen wird seitens Therapeutin/Coach abgelehnt. Sollten Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Betreuung sein, so sind Sie verpflichtet im Rahmen der Einzelsitzung diese Information mitzuteilen und Sie versichern zudem, dass die zuständige Fachkraft mit der Behandlung einverstanden ist. Für die Anwendung regressiver Therapieformen wird bei Bedarf nach Einverständnis des Klienten Rücksprache mit der/dem zuständigen PsychiaterIn/PsychotherapeutenIn gehalten. Der Klient vergewissert durch die rechtsverbindliche Unterschrift, dass sämtliche Angaben im Rahmen dieses Dokumentes wahrheitsgetreu vermittelt werden. Durch die rechtsverbindliche Unterschrift bekennt sich der Klient zur Akzeptanz aller soeben genannten Bedingungen. Die Therapeutin/Coach unterliegt der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleistet, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.

Ort, Datum, Unterschrift

Die Sitzung wird im Rahmen des Stundenansatzes verrechnet.