



Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für Therapiesitzungen/Coachings

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Konsultationsgrund*: _____ Nationalität: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Notfallkontakt/Name _____ Notfallkontakt/Telefonnummer _____

Bemerkungen: _____

Aktuell behandelnder Arzt/Therapeut. Name: _____ Adresse des Behandlers: _____

Fragen zur allgemeinen Gesundheit. Leiden oder litten Sie je an:

Befinden Sie sich z.Z. in ärztlicher Behandlung? Ja _____ Nein _____

Haben Sie Allergien? Ja _____ Nein _____

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja _____ Nein _____

Welche? Notieren Sie hier alle, die Sie einnehmen. (z.B. Blutdruck, -verdünner, Schmerzmedikamente, Entzündungshemmer, Hormontablette etc.?)

Haben oder hatten Sie Unfälle? (mit Folgen) Ja _____ Nein _____

Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie Operationen? Ja _____ Nein _____

Wenn ja, welche?



Akute Erkrankungen? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Stoffwechselerkrankungen? z.B. Diabetes, Schilddrüsen-Unter/Überfunktion, Hormonerkrankungen etc. Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Kreislauf- und Herzerkrankungen, Blutdruck? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Arthrose + Arthritis, Rheuma? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Rückenschmerzen? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Befanden Sie sich bereits in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? _____	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen <u>jetzt oder früher</u> ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert? Wenn ja, welches: _____	Ja	Nein
Befinden Sie sich <u>zurzeit</u> in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? _____	Ja	Nein
Leiden oder litten Sie an Epilepsie? Wenn ja, aus welchem Grund? (z.B. diagnostizierte neurologische Erkrankungen?) Anderes? _____	Ja	Nein
Leiden Sie an Stress, Erschöpfung, Müdigkeit?	Ja	Nein
Für Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____	Ja	Nein

Die Sitzung wird im Rahmen des Stundenansatzes verrechnet.

*Sie erlauben uns eine auf Sie bezogene Klienten Kartei (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 Therapeut:in / 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 Psychiater:in/Psychotherapeuten:in 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/der Therapeut/in/Coach unterliegen der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleisten, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.

Ort, Datum und Unterschrift

Möchten Sie gerne unseren Newsletter abonnieren? Ja Nein