

Anamnesebogen

Schriftliche Einverständnisklärung für Hypnosetherapie und Coaching Sitzungen

Name:	Vorname:
Strasse, Hausnummer:	Postleitzahl, Ort und Land:
Geburtsdatum:	E-Mail-Adresse:
Mobile Telefonnummer:	Festnetz Telefonnummer:
Beruf:	Nationalität:
Konsultationsgrund / Anliegen / Erwartungen an die Therapie resp. die Sitzung:	Haben Sie bereits Erfahrungen mit Hypnose und/oder Coaching? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls Ja, welche?
Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Befinden Sie sich zurzeit in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:	
<p>Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie mir, ein auf Sie bezogenes 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 schliesst die Notwendigkeit ärztlicher und/oder weiterer psychotherapeutischer Konsultationen nicht aus. Die Therapie eignet sich als komplementär medizinische Anwendung. Im Falle von Krankheitsbildern ist die hier vorgesehene Therapie 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 werden seitens Therapeutin abgelehnt. Sollten Sie in psychotherapeutischer Betreuung sein, so sind Sie verpflichtet diese Information im Rahmen der Einzelsitzung/en mitzuteilen und Sie versichern zudem, dass die zuständige Fachkraft mit der Behandlung einverstanden ist. Für die Anwendung regressiver Therapieformen wird bei Bedarf nach Ihrem Einverständnis Rücksprache mit der/dem zuständigen Psychiater*in / Psychotherapeuten*in gehalten. Sie bestätigen durch Ihre rechtsverbindliche Unterschrift, dass sämtliche Angaben im Rahmen dieses Dokuments wahrheitsgetreu vermittelt werden und bekennen sich zur Akzeptanz aller soeben genannten Bedingungen. Die Therapeutin unterliegt der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleistet, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.</p>	
Ort, Datum und Unterschrift: _____	