

# Anamnese/-Anmeldebogen

## Schriftliche Einverständniserklärung für Hypnoset Sitzungen/Coachings

---

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| Name:                | Vorname:              |
| Strasse, Hausnummer: | Postleitzahl, Ort:    |
| Geburtsdatum:        | Telefonnummer:        |
| E-Mail-Adresse:      |                       |
| Beruf:               | Medikamenteneinfluss: |
| Konsultationsgrund:  | Bemerkung:            |

---

Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert?

- Ja
- Nein

Befanden Sie sich früher in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung?

- Ja
- Nein

Befinden Sie sich zurzeit in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung?

- Ja
- Nein

Wenn Ja: Name und Ort des Therapeuten/Arztes:

Die Sitzung wird im Rahmen des Stundenansatzes verrechnet.

Sie erlauben mir, Notizen zu unseren Sitzungen zu machen und diese aufzubewahren.

Der Erfolg der Therapie/des Coachings hängt von vielerlei Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch garantiert werden.

Hypnosetherapie und Coaching sind komplementäre, also die Schulmedizin ergänzende Methoden. Die hier vorgesehene/n Einzelsitzung/en will/wollen weder die Schulmedizin noch die Psychotherapie ersetzen, sondern lediglich ergänzen. Jegliche Haftung für Folgewirkungen wird seitens Therapeut/in / Coach abgelehnt.

Sollten Sie aktuell 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.

Die Klientin / der Klient ist verpflichtet Informationen über eine bestehende Schwangerschaft, Alkohol- oder Drogeneinflüsse, Herz-/Kreislaufbeschwerden, Krankheits- und Störungsbilder sowie Anfallserkrankungen im Rahmen der Sitzung bekanntzugeben.

Die/der Klient/in bestätigt 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/Coachin unterliegt der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleistet, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.

Ort, Datum      Unterschrift

---