



KATRIN SCHWEIZER

HYPNOSE-COACHING

KLIENTENBLATT

Geschlecht Frau Mann

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beruf _____

Zivilstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Kinder Name, Jahrgang _____

Name, Jahrgang _____

Name, Jahrgang _____

Eltern Eltern leben zusammen Eltern leben getrennt Eltern leben geschieden

Ein Elternteil gestorben beide Eltern gestorben

Konfession Bedeutung der Religion:
 unwichtig wichtig sehr wichtig

Vertrauensarzt _____
(in der Regel Hausarzt)

Sind Sie oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? ja (bitte beschreiben) nein

Litten/Leiden Sie an Allergien oder einer Langzeiterkrankung? ja (bitte beschreiben) nein

Waren Sie jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie?

ja (bitte beschreiben) nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

ja (bitte beschreiben)

nein

Leiden Sie an Schlafstörungen?

ja (bitte beschreiben)

nein

Sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Thema/Problem?

ja (bitte beschreiben)

nein

Welche/s Anliegen möchten Sie behandelt haben?

Haben Sie bereits etwas unternommen, um oben erwähnte/s Problem/e zu lösen/lindern und was war das Ergebnis? ja (bitte beschreiben) nein

Relevante Besonderheiten aus Ihrem Leben

Besondere Ereignisse aus der Kindheit, Familie, Partnerschaft oder Ehe, Schockerlebnisse, Wohnungswechsel, traumatische Ereignisse, Krankheiten in der Familie, persönliche Interessen/Hobbies, Stärken und Schwächen usw.

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung
- Anderes

KLIENTENINFORMATIONEN

Schweigepflicht

Ich stehe unter Schweigepflicht. Angaben und Informationen werden ohne Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben. Von der Schweigepflicht ausgenommen sind Eigen- oder Fremdgefährdung, diese werde ich unverzüglich dem Vertrauensarzt melden.

Diagnose und Heilversprechen

Die Therapie ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung und Behandlung. Ich verschreibe keine Medikamente, stelle keine Diagnosen und mache keine Heilversprechen.

Rechnungsstellung

Die Kosten sind nach der Sitzung bar oder via TWINT zu bezahlen.

Unentschuldigte Absenzen

Bitte informieren Sie mich spätestens 24 Stunden vorher, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können. Bei nicht wahrgenommenen oder kurzfristig abgesagten Terminen behalte ich mir das Recht vor, die Behandlung zu verrechnen (Ansatz 1 Std.). Ausgenommen sind berechtigte Gründe (z.B. Unfall, Krankheit).

Mit der Unterschrift bestätigt der Klient die Klienteninformationen gelesen und verstanden zu haben.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für die detaillierten Informationen. Ich freue mich sehr, Sie bald persönlich kennenlernen zu dürfen.