



KATRIN SCHWEIZER

COACHING

KLIENTENBLATT

Geschlecht Mädchen Junge

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Vor- & Nachname Mutter _____

Vor- & Nachname Vater _____

Telefon _____

E-Mail _____

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwittwet

Geschwister 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)

Ist dein Kind derzeit oder war dein Kind in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? ja (bitte beschreiben) nein

Litt oder leidet dein Kind an Allergien oder einer Langzeiterkrankung? ja (bitte beschreiben) nein

War dein Kind du jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie?

ja (bitte beschreiben) nein

Nimmt dein Kind derzeit Medikamente ein?

ja (bitte beschreiben)

nein

Leidet dein Kind an Schlafstörungen?

ja (bitte beschreiben)

nein

Bei Jugendlichen: sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Thema/Problem?

ja (bitte beschreiben)

nein

Welche/s Anliegen möchte dein Kind behandelt haben?

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

Relevante Besonderheiten im Leben deines Kindes

Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt, Probleme in der Kindheit, Schockerlebnisse, Wohnungswechsel, traumatische Ereignisse, Krankheiten in der Familie, Hobbies, Stärken und Schwächen usw.

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung
- Anderes

KLIENTENINFORMATIONEN

Schweigepflicht

Sämtliche persönliche Daten und Sitzungsinhalte unterliegen der Schweigepflicht. Informationen werden ohne Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben.

Solltest du in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung sein bitte ich dich, mir dies mitzuteilen. Im Einzelfall entscheide ich über Annahme oder Ablehnung einer Sitzung.

Diagnose und Heilversprechen

Die Therapie ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung und Behandlung. Ich verschreibe keine Medikamente, stelle keine Diagnosen und mache keine Heilversprechen. Es wird keine Haftung oder Erfolgsgarantie übernommen.

Rechnungsstellung

Die Bezahlung erfolgt direkt nach der Sitzung in bar oder via TWINT.

Terminstornierung

Termine, welche nicht spätestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, werden mit CHF 100 berechnet.

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

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für die detaillierten Informationen. Ich freue mich sehr, dein Kind und dich bald persönlich kennenlernen zu dürfen.