Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für Hypnose-Therapiesitzung

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Konsultationsgrund: _____

Medikamenteneinfluss: _____

Beruf: _____

Bemerkung: _____

Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert? Ja / Nein

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

Ja / Nein

Befinden Sie sich zurzeit in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Ja / Nein

Wenn Ja: Name und Ort des Therapeuten/Arztes: _____

Die Sitzung wird im Rahmen des Stundenansatzes verrechnet.

Sie erlauben mir, eine auf Sie bezogene Klientenkartei anzulegen. Im Rahmen der Therapie werden spezifische Prozesse, Techniken und Hilfsmittel angewendet. Der Erfolg der Therapie hängt von vielen Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch eingeschätzt werden. Die Hypnosetherapie eignet sich als komplementärmedizinische Anwendung. Im Falle von Krankheitsbildern ist sie keine Grundtherapie oder ganzheitliche Therapie. Die hier vorgesehene Einzelsitzung will die Schulmedizin wie auch die Psychotherapie nicht ersetzen, sondern ergänzen. Eine Beanspruchung der Therapie schliesst die Notwendigkeit ärztlicher und/oder weiterer psychotherapeutischer Konsultationen nicht aus. Jegliche Haftung für Folgewirkungen wird seitens der Therapeutin abgelehnt.

Sollten Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Betreuung sein, so sind Sie verpflichtet, im Rahmen der Einzelsitzung mir diese Information mitzuteilen und Sie versichern zudem, dass die zuständige Fachkraft mit dieser Behandlung einverstanden ist. Für die Anwendung regressiver Therapieformen wird bei Bedarf nach dem Einverständnis des Klienten Rücksprache mit der/dem PsychiaterIn/PsychotherapeutIn 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 genannter Bedingungen. Die Therapeutin unterliegt der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleistet, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.

Ort, Datum, Unterschrift: _____