

## ANMELDUNG

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus. Sie helfen mir damit in der Erstellung Ihres bestmöglichen Therapieablaufes.  
Falls Sie Fragen haben sollten, wenden Sie sich bitte an mich.  
Danke für Ihr Entgegenkommen.

**Alle Angaben werden vertraulich behandelt.**

Name	.....	Vorname	.....
Straße	.....	PLZ/Ort	.....
Tel	.....	Mobil	.....
Email	.....	Beruf	.....
Größe	.....	Gewicht	.....
		Geburtsdatum	..... ..... .....

Zahlungsmodus:     Bar  
                               Privatrechnung

Art & Anzahl von **Psychotherapie**/Selbsterfahrungssitzungen .....  
.....

Art & Anzahl von **Körpertherapie**/KG –Einzelsitzungen .....  
.....

Haben Sie körperliche Beschwerden? **Wo?** .....  
.....

Welche Krankheiten/Operationen/Unfälle haben/hatten Sie? .....  
.....

Haben Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten? .....  
.....

Wie war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung? .....  
.....

Befanden Sie sich in psychiatrischer Behandlung?     ja     nein

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?     ja     nein

Gab es Suizid bei Ihnen in der Familie?     ja     nein

Haben Sie sich in den vergangenen 2 Wochen ängstlich, nervös oder gereizt gefühlt?     ja     nein

Konnten Sie Ihre Sorgen oft nicht kontrollieren?     ja     nein

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten/Beschwerden

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                      | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall       |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma                  | <input type="checkbox"/> Rheuma                    |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen d. Kopfes | <input type="checkbox"/> Hoher/Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> HWS/Schulter-Arm-Syndrom         | <input type="checkbox"/> Psychosen/Depressionen    |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star/Augen OP             | <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen          |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                  | <input type="checkbox"/> Tumoren/Herzinfarkt       |

Nehmen/Nahmen Sie folgende Medikamente:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antikoagulantien (Antigerinnungsmittel) | <input type="checkbox"/> Rheumamittel                           |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka                          | <input type="checkbox"/> Alkohol/Bewusstseinsverändernde Drogen |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel                         | <input type="checkbox"/> Cortison                               |

## Persönliche Erklärung

- Ich leide, soweit bekannt nicht an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte und ich befinde mich auch nicht in psychiatrischer Behandlung.
- Ich bin für meinen körperlichen und seelischen Zustand voll verantwortlich. Die somatische Therapie ist kein Ersatz für psychiatrische oder stationäre Therapie. Haftung wird nur übernommen, wenn Vorsatz & grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
- Termine, die verschoben oder abgesagt werden in Rechnung gestellt, sofern die Benachrichtigung weniger als 48 Std vor dem Termin erfolgt.
- Das Honorar für die Einzelsitzung ist anschließend nach der Sitzung zu entrichten, falls keine Rechnungsstellung für die Privatkasse erfolgt.
- Ich bin damit einverstanden, die vollständige Rechnung auch dann zu bezahlen, wenn die Privatkassen nicht den vollen Betrag erstatten. Die Rechnungsstellung nach der GeBüH erfolgt über den MEDAS Abrechnungsservice München.
- Eine Einzelsitzung dauert in der Regel zwischen 50 – 60 Min. Sollte die Einzelsitzung länger dauern, so ist der zeitliche Mehraufwand entsprechend zu entrichten.
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ausgewählte Parameter meiner Behandlung in anonymisierter Form zu Qualitätssicherung & Erforschung der Methoden verwendet werden können. Ein Rückschluss auf meine Person ist durch Anonymisierung nicht möglich.

Name, Vorname .....

Ort, Datum ..... Unterschrift .....