



Hypnose & Tachyo, Tina Clavadetscher, Rebhaldenweg 74, 7206 Igis

## Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für Hypnosetherapie- & Gesprächstherapie-Sitzungen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Erwartungen an die Therapie: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Erfahrung mit Hypnose? • Ja • Nein  
Wenn ja, welche?

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 und/oder psychiatrischer Behandlung?

• Ja • Nein

Wenn Ja: Name und Ort des Therapeuten/ Arztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Sitzung wird im Rahmen des Stundenansatzes verrechnet.

Sie erlauben uns eine auf Sie bezogene Klienten Kartei (Dossier) digital als auch analog anzulegen. Im Rahmen der Therapie werden spezifische Prozesse und Techniken angewendet. Der Erfolg der Therapie hängt von vielerlei Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch eingeschätzt werden. Eine Beanspruchung der Therapie schliesst die Notwendigkeit ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Konsultationen nicht aus. Die Therapie eignet sich als komplementierende Anwendung zu einer konventionellen Grundtherapie. Im Falle von Krankheitsbildern stellt die hier vorgesehene Therapie keine Grundtherapie oder ganzheitliche Therapie dar. Die hier vorgesehene/n Einzelsitzung/en will/wollen die Medizin wie auch die Psychotherapie nicht ersetzen, sondern wenn, dann ergänzen. Jegliche Haftung für unerwünschte Folgewirkungen wird seitens der Therapie abgelehnt. Sollten Sie 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 hier vorgesehenen Therapie einverstanden ist. Für die Anwendung regressiver Vorgehensweisen wird bei Bedarf nach Einverständnis des Klienten Rücksprache mit der zuständigen Fachkraft gehalten. Die/der Klient/in 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 vergewissert durch die rechtsverbindliche Unterschrift, dass sämtliche Angaben im Rahmen dieses Dokumentes wahrheitsgetreu vermittelt werden. Durch die rechtsverbindliche Unterschrift bekennt sich die/der Klient/in zur Akzeptanz aller soeben genannten Bedingungen für die erste und auch darauf aufbauenden Sitzungen. Die Therapeutin unterliegen der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleisten, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.

Ort, Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_