



Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für Tachyopressurbehandlung.

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

Erwartungen an die Therapie: _____

Leiden Sie unter Unverträglichkeiten oder Allergien? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

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.

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: _____