

ANAMNESEBOGEN

Schriftliche Einverständniserklärung für Therapiesitzungen/Coachings

Name:

Vorname:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

Beruf:

Nationalität:

Haben Sie bereits Erfahrung mit Hypnose, Coaching, Gesprächstherapie, Meditation oder ähnlichen Therapieformen?

- ☐ Nein
☐ Ja

Wenn Ja: Was/Welche?

Befinden oder befanden Sie sich hinsichtlich Ihres Konsultationsgrundes bereits in psychotherapeutischer, psychologischer und/oder medizinischer/psychiatrischer Behandlung?

- ☐ Nein
☐ Ja (aktuell)
☐ Ja (früher mal, Therapie abgeschlossen)

Wenn Ja: Bei wem? (Name und Ort des Therapeuten/Arztes)

Falls die vorangegangene Frage mit „Ja“ beantwortet wurde: Haben Sie den Besuch der Hypnosetherapie, des Coachings oder der Gesprächstherapie resp. der Sitzung vorgängig mit Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin oder Therapeut*in besprochen?

- ☐ Nein
☐ Ja

Leiden Sie aktuell an einer psychischen Erkrankung?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn Ja: Welche?

Wurde bei Ihnen je ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn Ja: Welches und wann?

Nehmen Sie aktuell Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn Ja: Welche und in welcher Dosierung?

Konsumieren Sie regelmässig Alkohol und/oder Drogen

☐ Nein

☐ Ja

Wenn Ja: Welche, wie oft und in welcher Menge?

Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn Ja: In welcher Woche der Schwangerschaft befinden Sie sich zum Zeitpunkt der
Therapiesitzung?

Weitere Bemerkungen:

Der Anamnesebogen ist vor der Sitzung ausgefüllt und unterzeichnet zu retournieren. Die Sitzung wird Ihnen im Rahmen des Stundenansatzes verrechnet.

Im Rahmen der Therapie werden spezifische hypnotherapeutische Methoden, Techniken und Therapieformen angewendet. Der Erfolg der Therapie hängt von vielerlei Faktoren ab und kann weder prognostiziert, eingeschätzt noch garantiert werden. Eine Beanspruchung der hypnotherapeutischen Leistung schliesst die Notwendigkeit ärztlicher und/oder weiterer psychotherapeutischer Konsultationen nicht aus. Die Hypnosetherapie eignet sich insbesondere zur komplementären Ergänzung der bisherigen Therapieformen. Negative Folgewirkungen können seitens Lebensanker Hypnose by Nadine Gehrig ausgeschlossen werden. Andernfalls wird jegliche Haftung für Folgewirkungen seitens Lebensanker Hypnose by Nadine Gehrig abgelehnt. Sollten Sie in psychiatrischer/psychologischer Betreuung sein, so sind Sie verpflichtet, mir diese Information mitzuteilen und Ihr Vorhaben mit dem/der zuständigen Psychiater*in/Psychotherapeut*in/Arzt/Ärztin zu besprechen und sicherzustellen, dass aus medizinischer Sicht nichts gegen eine Teilnahme an der Sitzung spricht. Für die Anwendung hypnoanalytischer Therapieformen (regressive Therapie) bevorzuge ich bei Bedarf nach Einverständnis des Klienten Rücksprache mit dem zuständigen Psychiater/Psychotherapeuten zu halten. Im Rahmen der Hypnosetherapie werden keine Krankheitsbilder ganzheitlich therapiert. Der Therapeut geht davon aus, dass der Klient zum Zeitpunkt der Konsultation kein Alkohol- oder Drogeneinfluss besteht, bestehende Krankheiten, welche für die Therapie von Bedeutung sein könnten, wie insbesondere auch Herz- und Kreislaufbeschwerden und Schwangerschaften bekannt gibt und über mögliche psychische Beeinträchtigungen (psychologisch diagnostizierte Störungen und Krankheitsbilder, Anfallserkrankungen und Einschränkungen) informiert. Sollten sich Änderungen zu den von Ihnen genannten Angaben ergeben, bitte ich Sie höflich, mir dies umgehend mitzuteilen. 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 genannten Bedingungen. Sämtliche Mitarbeiter des Lebensanker Hypnose by Nadine Gehrig unterliegen der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleisten, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.

Ort, Datum:

Unterschrift:
