

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Email: _____

Newsletter: ja nein

Woher kennen Sie die Hypnosepraxis Thiele? Empfehlung?

Was ist Ihr Anliegen?

Allgemeine Situation:

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Ja / Nein

Wenn ja, welche? Diagnose?

Schwere Herz- und Kreislauferkrankungen Ja / Nein

Depressionen Ja / Nein

Alkohol oder Drogen Ja / Nein

Thrombose Ja / Nein

Epilepsie Ja / Nein

Schwerwiegende Erkrankungen des zentralen Nervensystems Ja / Nein

Migräne Ja / Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja / Nein

(Wir bitten um eine Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass 1) bei nicht Einhalten des vereinbarten Termins, 100%iger Verdienstaussfall entsteht. Bitte haben Sie deshalb Verständnis dafür, dass ich Ihnen mein Honorar in Rechnung stelle. Diese Zahlungsverpflichtung entfällt, wenn mindestens 3 Tage vorher abgesagt wurde. 2) Ihr Fall bei Bedarf anonymisiert in einer Supervisionsgruppe vorgestellt werden kann. 3) das Erreichen oder ein geplanter Erfolg in der gemeinsamen Arbeit nicht garantiert werden kann. Beide Parteien arbeiten jedoch nach bestem Wissen und Können daran, dass ein Therapieerfolg eintritt. Die Mitarbeit des Klienten ist für den Erfolg ausschlaggebend. 4) Die Datenschutzrichtlinien und AGBs habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)