



Anmeldung

NAME, VORNAME:	<input type="text"/>	GEBURTSDATUM:	<input type="text"/>
STRASSE:	<input type="text"/>	PLZ, WOHNORT:	<input type="text"/>
TELEFON privat:	<input type="text"/>	dienstl.:	<input type="text"/>
		Handy:	<input type="text"/>
EMAIL:	<input type="text"/>	ICH MÖCHTE IHREN NEWSLETTER ERHALTEN	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie die Schwierigkeiten an, die Ihnen die meisten Sorgen bereiten und wegen derer Sie sich behandeln lassen wollen?

Bitte geben Sie an, wo sie bereits wegen der Probleme in Behandlung gewesen sind oder wo Sie sich aktuell noch in Behandlung befinden?

Name und Anschrift des Hausarztes:

NAME:	<input type="text"/>	STRASSE, PLZ, ORT:	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------------	----------------------

Name und Anschrift von Ärzten oder Psychotherapeuten / Klinik:

NAME:	<input type="text"/>	STRASSE, PLZ, ORT:	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------------	----------------------

Welche Untersuchungen/Behandlungen werden/wurden bereits durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Somatisch
<input type="checkbox"/> Facharzt	<input type="checkbox"/> Hypnose
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut	<input type="checkbox"/> Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> Andere

Körperliche Gesundheit, Vorerkrankungen sowie chronische Erkrankungen:

- | | | | |
|---|-------|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | _____ | <input type="checkbox"/> Allergie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | _____ | <input type="checkbox"/> OP | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | _____ | <input type="checkbox"/> Verletzungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | _____ | <input type="checkbox"/> Psychose | _____ |
| <input type="checkbox"/> Organversagen | _____ | <input type="checkbox"/> schwanger? | _____ |

Weitere Erkrankungen/Anmerkungen:

Psychotrope Substanzen, Medikamente, Suchtmittel, Drogen:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Alkohol, Nikotin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Drogen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | _____ |

Honorarvereinbarung (Kosten pro Sitzung):

Einzelstunde Psychotherapie, 60 Minuten (Erwachsene):	100,00 Euro
Einzelstunde Psychotherapie, 60 Minuten (Kinder):	80,00 Euro
Ausf. Erstgespräch mit Anamnese, 90 Minuten (Erwachsene)	150,00 Euro
Eine kinesiologisch-hypnotische Regressionstherapie (3 Stunden)	280,00 Euro

Abgerechnet wird nach erbrachter Zeitdauer.

Weitere Bemerkungen oder Vereinbarungen:

*Die Sitzungen sind als Privatleistungen grundsätzlich und in voller Höhe beim jeweiligen Termin **in bar zu bezahlen**. Wenn Sie einen Termin aus einem dringenden Grund absagen müssen, tun Sie das bitte **mind. 48 Stunden vorher**. **Bei Absagen ab 24 Stunden vorher wird ein voller Stundensatz berechnet**. Gesetzliche Krankenkassen erstatten die Kosten nicht. Privatversicherte klären in eigener Zuständigkeit mögliche Teil-/Erstattungen und reichen angeforderte Belege, die wir gerne ausstellen, bei ihrem Versicherer ein. Nach Abschluss der Behandlung erhält der Klient eine Rechnung nach den Ziffern der Gebüh. Die Abrechnung nach Gebüh stellt keine Garantie für eine Kostenerstattung dar. Privatversicherungen können nach eigenen Kriterien über Anerkennung und Erstattung bzw. Teilerstattungen von Heilpraktikerleistungen (Psychotherapie) entscheiden. Der Klient hat ein Merkblatt zur Behandlung und Honorarzah lung/Abrechnung erhalten.*

Datum, Unterschrift Heilpraktikerin für Psychotherapie

Datum, Unterschrift Klient/Klientin