

Anamnesebogen

Einverständniserklärung für Therapiesitzungen

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Mobile-Nummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Medikamenteneinfluss: _____

Konsultationsgrund: _____

Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welches: _____

Befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie sich schon einmal einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung unterzogen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und aus welchem Grund? _____

Sie erlauben Praxis Kenshō, eine auf Sie bezogene Klientendatei anzulegen. Im Rahmen der Therapie werden spezifische Prozesse, Techniken und therapeutische Hilfsmittel angewendet. Der Erfolg der Therapie hängt von vielen Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch eingeschätzt werden. Eine Beanspruchung der Therapie schliesst die Notwendigkeit ärztlicher und/oder weiterer psychotherapeutischer Konsultationen nicht aus. Die Therapie eignet sich als komplementärmedizinische Anwendung. Im Falle von Krankheitsbildern ist die hier vorgesehene Therapie keine Grundtherapie oder ganzheitliche Therapie. Die hier vorgesehene Therapie will weder die Schulmedizin noch die Psychotherapie ersetzen, sondern lediglich ergänzen. Jegliche Folgewirkungen werden seitens Therapeutin abgelehnt. Sollten Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Betreuung sein, so sind Sie verpflichtet, dies auf diesem Anamnesebogen zu erwähnen. Zudem versichern Sie, dass die zuständige Fachkraft mit der Behandlung einverstanden ist. Für die Anwendung regressiver Therapieformen wird bei Bedarf nach Einverständnis des Klienten Rücksprache mit dem zuständigen Psychotherapeuten gehalten. Der Klient vergewissert durch die rechtsverbindliche Unterschrift, dass sämtliche Angaben im Rahmen dieses Dokuments wahrheitsgetreu vermittelt werden. Durch die rechtsverbindliche Unterschrift bekennt sich der Klient zur Akzeptanz aller soeben genannten Bedingungen sowie der [AGB](#) von Praxis Kenshō. Die Therapeutin unterliegt der vollumfänglichen Schweigepflicht und gewährleistet, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____