



Erhebungsbogen für Erstkontakte

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Vorstellungsgrund/ Beschwerden (Spontanbericht): _____

Weitere Symptomatik: _____

Welche Untersuchungen/ Behandlungen 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"/> Verletzung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | _____ | <input type="checkbox"/> Psychose | _____ |
| <input type="checkbox"/> Organversagen | _____ | <input type="checkbox"/> schwanger | _____ |

Weitere Erkrankungen/ Anmerkungen: _____

Psychotrope Substanzen, Medikamente, Suchtmittel, illegale Drogen:

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

Honorarvereinbarung: (Bezahlung pro Sitzung): Einzelsitzung pro Stunde **80,00 Euro**.

Weitere Bemerkungen oder Vereinbarungen _____

Die Sitzungen sind als Privatleistungen in voller Höhe beim jeweiligen Termin zu bezahlen. Auf Wunsch erhalten Sie nach der Behandlung eine Rechnung nach den Ziffern der GebüH oder eine Rechnung/ Quittung zur Einreichung beim Finanzamt. Gesetzliche Krankenkassen erstatten die Kosten nicht. Privatversicherte oder Zusatzversicherte Personen klären in eigener Zuständigkeit mögliche Teil/ -erstattungen. Ausgestellten Belege müssen in Eigenverantwortung bei Ihrem Versicherer eingereicht werden. Die Abrechnung nach GebüH stellt keine Garantie für eine Kostenerstattung dar. Der Patient/ Klient wurde über diesen Sachverhalt aufgeklärt und bestätigt das mit der Unterschrift dieses Formulars.

Datenschutz: Nach geltendem Recht des Heilpraktikergesetzes und um eine wirksame Therapie durchführen ist es unerlässlich, dass ich, wie in diesem Formular, Daten und Informationen abfrage und archiviere. Dazu gehören auch in und nach den Sitzungen geführte Unterlagen und Notizen, sowie falls gewünscht Mitschnitte von Sitzungen. Personenbezogene Daten und Informationen werden von mir mit höchstem Respekt behandelt und sicher verwahrt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis zur Therapievereinbarung und zum Umgang mit Ihren Daten und Informationen.

Unterschrift Therapeut

Datum

Unterschrift Patient(-in)/ Klient(-in)