

Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für komplementärtherapeutische Sitzungen

Name:

Vorname:

Strasse/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf:

E-Mail:

Telefon:

Haben Sie aktuell körperliche Beschwerden
oder gesundheitliche Einschränkungen?

Wenn ja, welche?

Ja ☐

Nein ☐

Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches
Krankheitsbild diagnostiziert?

Wenn ja, welche Diagnose u. ggf. wann?

Ja ☐

Nein ☐

Befanden Sie sich **bereits** in
psychotherapeutischer und/oder
psychiatrischer Behandlung?

Wenn ja, Name/Ort der Fachperson:

Ja ☐

Nein ☐

Befinden Sie sich **zurzeit** in
psychotherapeutischer und/oder
psychiatrischer Behandlung?

Wenn ja, Name/Ort der Fachperson:

Ja ☐

Nein ☐

Nehmen Sie aktuell regelmäßig oder
bei Bedarf Medikamente ein?

Wenn ja, welche und ggf. wie häufig?

Ja ☐

Nein ☐

Ort / Datum / Unterschrift