



# Anamnesebogen

## Schriftliche Einverständniserklärung für Therapiesitzungen/Coachings

Name: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Medikamente/Schwangerschaft: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Bemerkung: \_\_\_\_\_

Konsultationsgrund: \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich zurzeit in  
psychotherapeutischer oder psychiatrischer  
Behandlung?

Wenn Ja Namen und Ort des  
Therapeuten/Arztes

Ja • Nein

Die Sitzung wird im Rahmen des Stundensatzes verrechnet.

Mit der Erfassung Ihrer Daten im Rahmen einer Klientendatei sind Sie einverstanden. Als  
Therapeut/Coach unterliege ich der vollumfänglichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe Ihrer Daten an  
Dritte ist ausgeschlossen.

Gem. Urteil des Bundesverfassungsgerichts (1BvR 784/03 02.03.2004) weise ich ausdrücklich darauf  
hin, dass meine Behandlung keinesfalls eine medizinische Behandlung ersetzt! Die Therapie/das  
Coaching eignet sich ausschließlich als komplementärmedizinische (ergänzende) Anwendung.

Die Therapie/das Coaching erfolgt auf eigene Verantwortung des Klienten.

Es werden kein Heil und Erfolgsversprechen gegeben.

Ort, Datum und Unterschrift