

Datenblatt

Vorname / Name:

Geschlecht:

weiblich Schwanger: ja nein) männlich

Geburtsdatum:

Alter:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Handy:

Email:

Beruf:

Zivilstand:

Kinder:

(Vornamen / Alter)

Eltern:

Geschwister:

(Vornamen)

Konfession:

Bedeutung der Religion:

Sind oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie
(seelisch/psychisch oder körperlich)?

Litten/Leiden Sie an einer Langzeiterkrankung?

Waren Sie jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? (Falls ja, jeweils kurze Beschreibung für welche Wirkung)

Leiden Sie an Schlafstörungen?

Sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Thema / Problem für Sie?

Welche(s) Anliegen möchten Sie behandelt haben?

Haben Sie bereits etwas unternommen um oben erwähnte(s) Problem(e) zu lösen / lindern?
Was war das Ergebnis?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Relevante Besonderheiten aus Ihrem Leben:

Besondere Ereignisse aus der Kindheit, Familie, Partnerschaft oder Ehe, Schockerlebnisse, Wohnungswechsel, traumatische Ereignisse, Krankheiten in der Familie, Sexualität, persönliche Interessen/Hobbies usw.

Vielen Dank für die detaillierten Informationen. Ich freue mich sehr, Sie schon bald persönlich kennenlernen zu dürfen.

Bei Platzmangel verwenden Sie auch die Rückseite