

Erhebungsbogen bei Erstkontakt

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ Telefon: _____
e-mail- Adresse: _____
 (Ich stimme der Kontaktaufnahme über E-Mail zu und möchte über News informiert werden)

auf Praxis aufmerksam geworden durch: _____

Vorstellungsgrund: _____

Beschwerden/ Belastungen: _____

Welche Untersuchungen/ Behandlungen werden oder wurden bereits durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> somatisch/ auf Körperebene	_____
<input type="checkbox"/> Facharzt	<input type="checkbox"/> Hypnose/ Imaginationsverfahren	_____
<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"/> Psychose	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsie	_____	<input type="checkbox"/> schwanger?	_____

Weitere Erkrankungen/ Anmerkungen: _____

Psychotrope Substanzen, Medikamente, Suchtmittel, Drogen:

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

positive Erlebnisse/ Erfahrungen meines Lebens: _____

Den Behandlungsvertrag sowie die Datenschutzrichtlinien habe ich erhalten und akzeptiert.

- Ja, ich stimme der tiergestützten Therapie laut Behandlungsvertrag zu.
 Nein, ich möchte keinen Kontakt mit einer tiergestützten Therapie haben.

Unterschrift KlientIn/ Datum

