PRAXIS ANDREA MÜLLER

Privatpraxis für Hypnose- und EMDR Traumatherapie

Andrea Müller Heilpraktikerin für Psychotherapie

Ferdinand-Maria-Strasse 25 82319. Starnberg

Tel. 01704932574 www.praxis-andrea-mueller.de

Vorname :_____Name:_____

Adresse:_____

Email _____ Tel.:_____

Geburtsdatum _____

Familienstand und Partnerschaft(seit wann, mit wem, glücklich?)

_____

Kinder: (Geschlecht und Alter)_____

Beruf_____

Eltern:_____Geschwister:_____

Beziehung zur Mutter:_____zum Vater:_____

Kindheit, Jugend, wichtige Ereignisse:_____

_____

_____

_____

Welche Menschen haben Sie im Leben am meisten enttäuscht?

_____

Wurden Sie als Kind gelobt oder getadelt:_____

_____

Alkohol_____Drogen_____

Medikamente_____

Rauchen Sie_____

Wie schlafen Sie? Gut __normal__schlecht__

Erfahrungen mit Hypnose _____

Erfahrungen mit EMDR Traumatherapie _____

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

Warum und bei Wem?_____

Langzeiterkrankungen?_____

ADHS, ADS diagnostiziert?_____

War Sie in Behandlung wegen Epilepsie, Schlaganfall oder Herzinfarkt?

_____

Mit welchem Thema /Problem kommen Sie in die Praxis ?

Wie stark ist das Problem von 1-10

_____

_____

_____

Haben Sie bereits (Therapien) unternommen , um das Thema zu lösen, oder zu lindern? Wie lange besteht das Problem schon?

_____

_____

Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt?_

_____

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker, wann schwächer?

_____

An was werden Sie durch das Problem im Leben gehindert?

_____

Welche Gefühle löst es bei Ihnen aus?

_____

Wozu zwingt Sie das Problem?

_____

Behandlungsziel, welche Veränderungen wollen Sie erreichen? Bitte möglichst klar und vollständig beschreiben

_____

_____

_____

Was würde sich durch diese Veränderung in Ihrem Leben ändern z.B Ich habe keine Angst mehr, bitte mehrere Vorteile notieren

_____

_____

_____

Sind Sie bereit aktiv an der Therapie mitzuarbeiten?

_____

Sind Sie für Veränderungen in Ihrem Leben bereit?

_____

Was ist das allerwichtigste in Ihrem Leben?

_____

Was bleibt Ihnen, wenn das Problem weiterhin Bestehen bleibt?

_____

Was verlieren Sie wenn es Ihnen wieder gut geht, das Problem nicht mehr besteht?

_____

Sonstige Bemerkungen, die Ihnen für die Behandlung wichtig erscheinen?

_____

_____

_____

Möchten Sie am Ende eine Rechnung für das Finanzamt ? Ja__ Nein___

Möchten Sie anschließend die Sitzung Bar_____oder mit ec Karte __bezahlen?

Was ist zur Zeit Ihr Lieblingslied _____

Meine AGBs:

+ Ich bestätige hiermit, über die Hypnosetherapie oder Traumatherapie aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

+ Ich erlaube der Heilpraktikerin HPP Andrea Müller diese Therapien entsprechend durchzuführen.

+ Es besteht die allgemeine Schweigepflicht.

+ Es wurde kein Heilversprechen gegeben. Jede Therapie hat eine mögliche Wirksamkeit dieses kann aber keinesfalls garantiert werden. Die entstandenen Kosten sind unabhängig vom Ergebnis und nach Erbringung der Leistung zu bezahlen. Die Bezahlung kann bar, oder per ecKarte anschliessend bezahlt werden.

+ Der Besuch beim HPP ersetzt nicht die ärztliche Behandlung oder Beratung.

+ Die Richtlinien zum Datenschutz akzeptiere ich mit meiner Unterschrift. Sie können jederzeit das DSGVO- Blatt erhalten.

+ Meine Leistungen sind als Selbstzahler zu tragen.

Datum _____ Unterschrift_____