PRAXIS ANDREA MÜLLER

Privatpraxis für Hypnose- und EMDR Traumatherapie

Andrea Müller Heilpraktikerin für Psychotherapie

Ferdinand-Maria-Str. 25 A 82319 Starnberg

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

Aufnahmebogen Kinder und Teens (bis 18 Jahren)

Vor- & Nachname Kind:
Geburtsdatum:
Lieblingsmusik:
Hobbies:

Vor- & Nachname Mutter:
Vor- & Nachname Vater :

Namen & Alter Geschwister :

Adresse:
Strasse & Nr.:
PLZ & Ort :
Tel / Mobile:
E-Mail :
Schule:

Welche/s Anliegen möchten Sie lösen?

- Streit statt Harmonie innerhalb der Familie
- Trotz Lernen bleibt der Erfolg aus
- Prüfungsangst
- Ich brauche mehr Selbstbewusstsein
- Probleme innerhalb der Klasse
- Wie lerne ich richtig
- Trennung der Eltern / von Freunden/ Umzug/Todesfall im näheren Umfeld
- ADHS Verdacht oder Diagnose

Sonstiges:

Das wünsche ich mir als Elternteil:

Das wünsche ich mir für mein Kind

Auffälligkeiten während der Schwangerschaft (körperlich/seelische)

Komplikationen während der Geburt / Zange/ Kaiserschnitt/ zu früh Medikamente

Empfindlich auf Geräusche/Licht/Berührung ?

Hat ihr Kind schnell Angst? Trennungsangst ?

Angst vor der Schule oder Bauchschmerzen?

Schwierigkeiten beim Schreiben oder Rechnen oder Lesen?

Bestehen Gewichtsprobleme?

Ist ihr Kind schnell wütend oder aggressiv?

Fällt es ihrem Kind schwer still zu sitzen?

Lässt es sich leicht ablenken? Konzentrationsschwierigkeiten?

Leidet ihr Kind an Schlafstörungen?

Bei Jugendlichen: Sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Problem?

Haben Sie bereits etwas unternommen, um oben erwähnte(s) Problem(e) zu lösen/lindern und was war des Ergebnis?

Gab es Probleme in der Kindheit, Schockerlebnisse, traumatische Ereignisse, Krankheiten

Gibt es eine ärztliche Diagnose?

Nimmt ihr Kind Medikamente?

Was sollte ich sonst noch wissen?

Meine AGB`s

+Ich bestätige hiermit, über die Hypnose bzw. Visualisierungstherapie aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben
+Ich erlaube der Heilpraktikerin für Psychotherapie Andrea Müller diese Therapien entsprechen durchzuführen
+Es besteht die allgemeine Schweigepflicht
+Es wurde kein Heilversprechen gegeben. Jede Therapie hat eine mögliche Wirksamkeit, dieses kann aber keinesfalls garantiert werden. Die Kosten sind unabhängig vom Ergebnis und nach Erbringung der Leistung zu bezahlen.
+ Meine Leistungen sind als Selbstzahler zu tragen.
+Die Bezahlung ist anschließend in bar oder per ecKarte zu entrichten.
+Die Behandlung ersetzt keine ärztliche Maßnahme oder Behandlung
+Die Richtlinien zum Datenschutz akzeptiere ich mit meiner Unterschrift. Sie können jederzeit das DSGVO Blatt erhalten.

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

Datum: **Unterschrift:**