

Heidrun Stegner

Heilpraktikerin für Psychotherapie
Gestalttherapeutin



Füll 6
90403 Nürnberg

Tel 0911-99 439 439
mobil 0151- 5145 1495
mail info@psychotherapie-stegner.de

Fragebogen

.....
Name

.....
Vorname

.....
Adresse und Rechnungsanschrift

.....
Geburtsdatum und -ort

.....
Telefonnummern:

.....
E-Mail

1) Welche Beschwerden führen Sie zu mir und seit wann leiden Sie an diesen Beschwerden?

2) Welche Behandlungen wurden diesbezüglich schon vorgenommen?

3) Hatten Sie Unfälle? Schwere Geburten? Operationen?

4) Hatten Sie Gewalterlebnisse?

5) Haben Sie Drogenerfahrungen?

6) Trinken Sie Alkohol, wenn ja, wie viel?

7) Rauchen Sie Zigaretten, wenn ja, wie viele?

8) Leiden Sie an Allergien oder Nahrungsunverträglichkeiten?

9) Wie ist ihr Schlafverhalten?

10) Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Schulbildung, Studium/Ausbildung und aktuelle berufliche Situation?

11) Sind Sie mit Ihrem beruflichen Leben zufrieden?

12) Aktuelle private Lebenssituation? Leben Sie in einer Beziehung? Haben Sie Kinder?

13) Fragen zur Herkunftsfamilie: welche Personen waren in Ihrer Kindheit besonders wichtig für Sie? Welche Erfahrungen waren aus Ihrer Sicht wichtig für Ihre Entwicklung? Gab es traumatische Erfahrungen, die Sie erleben mussten?

Ich bin damit einverstanden, dass die beschriebenen Arbeitsweisen bei mir im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt und in Rechnung gestellt werden. Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen.

Ich bin mit der Regelung einverstanden, dass bei Stunden, die weniger als 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, das Ausfallhonorar in Höhe von 25 Euro berechnet wird.

Die Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift KlientIn:

.....
Unterschrift Behandlerin: