

Katharina Schneider

Körperorientierte Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz
Ickstattstraße 16, 80469 München

Anmeldebogen

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ihr Anliegen

Was führt Sie zu mir? Was wünschen Sie sich von der Behandlung?

Diese Angabe ist freiwillig. Ihr Anliegen und mögliche Behandlungsziele werden im Erstgespräch gemeinsam besprochen und können sich im Verlauf der Behandlung verändern.

Kontakt

Wie dürfen Sie bevorzugt kontaktiert werden? ☐ Telefon ☐ E-Mail

Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten

Name(n) des/ der Sorgeberechtigten: _____

Telefon / E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____