

Anamnese



Name: _____

Alter: _____

Geschlecht: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Mobil- bzw. Telnr: _____

Welche Beschwerden führen Sie zu diesem Kurs (organisch, körperlich, psychisch, seelisch)?

Sind Sie aufgrund dieser oder anderer Beschwerden in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie aufgrund der aufgeführten Beschwerden Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Bestätigung:

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass dieser Kurs keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ersetzen kann und dass ich im Falle einer bestehenden Behandlung die Teilnahme an diesem Kurs mit dem entsprechenden behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten abgeklärt habe.

Ort, Datum

Unterschrift