
Klientenblatt

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Beruf / Tätigkeit _____

Zeiten der Erreichbarkeit _____

(Bitte gib auch Deine Handynummer und die Zeiten, in welchen Du am besten erreichbar bist mit an, damit ich Dich leicht und unkompliziert kontaktieren kann.)

Wichtig!

Mit dieser Therapie werden keine Diagnosen gestellt und ersetzen auch keine ärztlichen Behandlungen. Falls Du Dich in ärztlicher, psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befindest, sprich bitte vorab mit dem Arzt oder Therapeuten und lass Dir bestätigen, dass keine Kontraindikation vorliegt. Vom Arzt verschriebene Medikamente dürfen nicht abgesetzt werden, sowie keine laufenden Behandlungen abgebrochen werden.

Mit der untenstehenden Unterschrift erklärst Du Dich damit einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift
