

Kontaktangaben

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Natel

E-Mail

Krankenkasse

Zusatzversicherung

Hausärztin / Hausarzt

AHV-Nummer

notwendig für die Rückforderung bei der Krankenkasse

Name und Vorname der erziehungsberechtigten Person (bei Minderjährigen)

Rechnungsversand ☐ Post ☐ E-Mail

Angaben zur Person

Geburtsdatum

Nationalität

Grösse

Gewicht

Beruf und früher ausgeübte Berufe

Zivilstand

Freizeit, Sport, Hobbys

Eigene Kraftquellen und Ressourcen

Persönliche Anamnese

Zigarettenkonsum ☐ nein ☐ ja

Anzahl pro Tag

Alkoholkonsum

Operationen (Jahr, Verlauf)

Unfälle (Jahr, Folgen)

Erkrankungen

Besondere Ereignisse in den letzten 3 Monaten

Persönliche Anamnese

Fortsetzung

Laufende Behandlungen

Medikamente

Psychotherapeutische oder psychologische Behandlungen

Allergien

Familienanamnese

Erkrankungen in der Familie

Konsultationsgrund

Welche Beschwerden haben Sie, seit wann bestehen sie, und wann und wie machen sie sich bemerkbar?

Erfahrungen mit Craniosacral Therapie oder anderen Therapieformen

Sind Sie zurzeit in Behandlung? Wenn ja, in welcher?

Weiteres, was für die Therapie wichtig sein könnte

Mit diesen Personendaten erstelle ich ein Dossier und erfasse, dokumentiere und speichere die Behandlungen. Als Craniosacral Therapeutin unterliege ich der Schweigepflicht. Ihre Daten gebe ich nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis an Dritte weiter. Bei meldepflichtigen Krankheiten, bei Verdacht auf Missbrauch durch Dritte oder im Falle einer Betreibung entbinden Sie mich mit Ihrer Unterschrift von der Schweigepflicht.

Bitte klären Sie selbst ab, ob Ihre Krankenkasse, Gesundheitskasse oder Unfallversicherung die Kosten übernimmt. Sie haften für die Behandlungskosten selbst. Versäumte oder abgesagte Sitzungen, die weniger als 24 Stunden vor Sitzungsbeginn abgemeldet werden, stelle ich in Rechnung. Werden meine Rechnungen nicht bezahlt, darf ich Sie betreiben.

Die Datenschutzerklärung finden Sie jederzeit auf meiner Homepage unter praxis.eschenbacher.ch/datenschutz.html. Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie diese. Für eine sichere Kommunikation zwischen meiner Praxis und Ihnen empfehle ich E-Mail, Telefon oder den direkten Kontakt. Andere Apps empfehle ich nicht und nutze sie nur auf Ihren Wunsch.

Ich bestätige, alles gelesen und die Angaben richtig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift _____