



ANMELDUNG und Behandlungsvertrag

Untermarkt 16
D-82418 Murnau
☎ 08841-488 885
Fax: 08841-488 889
Mobil: 0172-5684221
aisenpreis@somatic.de
www.somatic-integration.de

Diese Angaben werden vertraulich behandelt!

Name.....Vorname.....

Adresse PLZ /Ort.....

Tel. FaxMobil:email:.....

Größe..... Gewicht.....Geb. Datum Beruf:.....

Zahlungsmodus: (Privatrechnung, welche Privatkasse, bar)

Art u. Datum von Psychotherapie/Selbsterfahrung.....

Art u. Anzahl Einzelsitzungen in Körpertherapie/KG.....

Haben Sie körperliche Beschwerden/wo?.....

.....

Welche Krankheiten/Operationen/Unfälle haben/hatten Sie?.....

.....

Haben Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten?.....

Befanden Sie sich in psychiatrischer Behandlung?.....

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?..... Gab es Suizid in der Familie?.....

Haben sie sich in den vergangenen 2 Wochen ängstlich, nervös oder gereizt gefühlt?

Konnten sie ihre Sorgen oft nicht kontrollieren?

Wie war Ihr Blutdruck bei der letzten Messng?mm/Hg

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen d. Kopfes | <input type="checkbox"/> grüner Star / AugenOP |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Hoher/niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> HWS/ Schulter-Arm-Syndrom | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Psychosen/Depressionen | <input type="checkbox"/> Tumoren/Herzinfarkt |

Nehmen oder nahmen Sie folgende Medikamente:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antikoagulantien (Antigerinnungsmittel) | <input type="checkbox"/> Rheumamittel | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka |
| <input type="checkbox"/> Alkohol/Bewußtseinsverändernde Drogen | <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel | <input type="checkbox"/> Cortison |

HIVII-Test(AIDS-Test)?.....Tragen Sie Kontaktlinsen?.....ein Gebiß?.....

Eine herausnehmbare Brücke/Spange?..... Eine feste Brücke?.....

Bei Frauen: Tragen Sie eine Spirale? (wg. Baucharbeit).....Nehmen Sie die Pille/wielange?.....

Wie ist Ihre Periode?..... Sind Sie schwanger?.....

Bitte wenden!

PERSÖNLICHE ERKLÄRUNG und Behandlungsvertrag

Behandlungsvertrag zwischen

.....
(Name, Vorname)

und Punito Michael Aisenpreis
Untermarkt 16
D-82418 Murnau

Hiermit erteile ich Herrn Aisenpreis den Auftrag, mich im Rahmen seiner Tätigkeit zu behandeln.

Ich leide nicht an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte, und ich befinde mich auch nicht in psychiatrischer Behandlung.

Ich bin für meinen körperlichen und seelischen Zustand voll verantwortlich. Diese Behandlung ist kein Ersatz für eine psychiatrische oder stationäre Therapie. Haftung wird nur übernommen, wenn Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Termine, die verschoben oder abgesagt werden, sind zu bezahlen, sofern die Benachrichtigung weniger als 48 Stunden vor dem Termin erfolgt.

Das Honorar für die Einzelsitzung ist anschließend nach der Sitzung in Bar zu entrichten, falls keine Rechnungsstellung für die Privatkasse erfolgt.

Ich bin damit einverstanden, die vollständige Rechnung auch dann zu bezahlen, wenn die Privatkassen nicht den vollen Betrag erstatten. Die Rechnungsstellung erfolgt über den MEDAS Abrechnungssservice, München

Eine Einzelsitzung dauert in der Regel zwischen 50 und 60 Minuten. Sollte eine Einzelsitzung länger dauern als 60 Minuten, so ist der zeitliche Mehraufwand entsprechend zu bezahlen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ausschliesslich zur Qualitätssicherung Aufnahmen in Video / Audio oder Photo gemacht werden können. Sollte ich dies nicht wünschen, so teile ich dies mit.

Bitte die folgenden Fragen nur ankreuzen, wenn Sie dies guten Gewissens tun können. Ansonsten lassen Sie die Kreuze bitte frei und besprechen es in Ihrer ersten Sitzung:

- Ich bin bereit, regelmäßig über eine bestimmte Zeit zur Therapie zu kommen. Der Behandlungsrahmen wird zu Beginn geklärt.
- Ich bin bereit, alle Fragen offen zu beantworten, sofern ich durch ein „Stopp“ mitteilen kann, wann es mir zu viel wird.
- Ich bin bereit, Selbstbeobachtungen vorzunehmen, und mich nicht nur passiv behandeln zu lassen.
- Ich bin bereit, kleine Selbsterfahrungs- und Verhaltensexperimente unter Anleitung durchzuführen.
- Ich bin bereit, Veränderungen im Alltag zu erproben.
- Ich bin bereit, meiner Familie/ Mitbewohnern Veränderungen zuzumuten.

Ort, Datum.....

.....

(Unterschrift)