Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für Coaching

Name: Vorname:

Strasse, Hausnummer: Postleitzahl, Ort:

Geburtsdatum: Telefonnummer:

E-Mail-Adresse: Beruf:

Konfession: Nationalität:

Konsultationsgrund:
Was haben Sie für ein Anliegen?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
☐ Ja ☐ nein
Wenn ja, für was und welche?

Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert?

☐ Ja ☐ Nein

Befanden Sie sich bereits in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung?
☐ Ja ☐ nein

Befinden Sie sich zurzeit in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung?
☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: Name und Ort des Therapeuten/Arztes:

Haben Sie Angewohnheiten wie:

Alkohol:	☐ täglich	☐ Wochenende	☐ nie
Drogen:	☐ täglich	☐ Wochenende	☐ nie
Tabak:	☐ täglich	☐ Wochenende	☐ nie
Kaffee/Tee:	☐ täglich	☐ Wochenende	☐ nie

Besondere Diäten/Unverträglichkeiten/Allergien: _____

Bitte prüfen Sie, was für Sie zutrifft oder zutraf:

☐	Herz-Kreislaufbeschwerden	☐	Hirnorganische Schäden
☐	Herzleiden	☐	Ohrenprobleme
☐	psychische Erkrankung	☐	Augenprobleme
☐	Epilepsie	☐	Asthma
☐	Bluthochdruck	☐	Schwangerschaft
☐	Nierenleiden	☐	Nackenbeschwerden

Weitere Bemerkungen: _____

Sie erlauben mir, eine auf Sie bezogene Klienten Kartei (Dossier) anzulegen. Im Rahmen des Coachings werden spezifische Methoden, Techniken und Coachingformen angewendet. Der Erfolg des Coachings hängt von vielerlei Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch eingeschätzt werden. Eine Beanspruchung des Coachings schliesst die Notwendigkeit ärztlicher und/oder weiterer psychotherapeutische Konsultationen nicht aus. Das Coaching eignet sich insbesondere zur komplementären Ergänzung der bisherigen Therapieformen. Jegliche Haftung für negative Folgewirkungen wird seitens Coach abgelehnt. Sollten Sie in psychiatrischer Betreuung sein, so sind Sie verpflichtet mir diese Information mitzuteilen. Ich will einstimmig mit der zuständigen Psychotherapeutin/mit dem zuständigen Psychotherapeuten kooperieren. Für die Anwendung regressiver Coachingformen bevorzuge ich bei Bedarf, nach Einverständnis des Klienten, Rücksprache mit dem zuständigen Psychiater/Psychotherapeuten zu halten. Im Rahmen des Coachings werden keine Krankheitsbilder ganzheitlich therapiert. Der Klient vergewissert durch die rechtsverbindliche Unterschrift, dass sämtliche Angaben im Rahmen dieses Dokumentes wahrheitsgetreu vermittelt werden. Durch die rechtsverbindliche Unterschrift bekennt sich der Klient zur Akzeptanz aller obgenannten Bedingungen. Coaches unterliegen der Schweigepflicht und gewährleisten, dass keine Inhalte an Drittpersonen gelangen. Das hier vorliegende Einverständnis gilt ebenso für alle darauffolgenden Sitzungen.

Corona Schutzkonzept

für die Durchführung von Coaching-Sitzungen

- Selbstverständlich können Sie sich bei Ankunft die Hände waschen und desinfizieren.
- In meinem Behandlungsraum können die Abstandsregeln eingehalten werden.
- Da der Abstand eingehalten werden kann, ist es nicht nötig, eine Maske zu tragen. Sollten Sie sich aber mit Maske sicherer fühlen oder möchten, dass ich eine Maske trage, ist das selbstverständlich möglich.
- Desinfektion von Türfallen, Toilette und aller Sitzmöglichkeiten erfolgt vor und nach jeder Sitzung.
- Waschen (60Grad) von Decken vor und nach jeder Sitzung.
- Der Behandlungsraum wird vor und nach jeder Sitzung gelüftet.
- Ich vertraue meinen Klienten, dass alle gesund und ohne Erkältungssymptome in die Praxis kommen. Sie erlauben mir zusätzlich, ihre Temperatur anhand eines Infrarot-Thermometers an der Stirn zu kontrollieren und abzulesen. Bei > 37Grad wird die Sitzung annulliert.
- Bei Anzeichen von Krankheitssymptomen verschieben wir die Sitzung. Dies ist auch kurz vor der Sitzung möglich, ohne dass diese von mir verrechnet wird.
- Bei Unsicherheiten bezüglich Ihres Gesundheitszustandes kontaktieren Sie bitte vorher Ihren Arzt des Vertrauens.

Stand Sept 2021

Ort, Datum, Unterschrift _____