

Praxis für  
ganzheitliche Psychotherapie und Energiearbeit  
Susanne Gorfer-Gäch  
Heilpraktikerin für Psychotherapie



## Anmeldebogen

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse / Private Versicherung :** \_\_\_\_\_

Weitere Angaben zur eigenen Person:

Familienstand \_\_\_\_\_ Name Partner: \_\_\_\_\_

Ausbildung /Studium

Ausgeübter Beruf

Name / Alter Kinder:

Name / Alter Geschwister:

Angaben zur Herkunftsfamilie:

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Name des Vaters \_\_\_\_\_

Stief- bzw. Adoptiveltern

Trennung der Eltern    o ja    o nein

in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Tod durch Unfall oder Krankheit?

Psychische Erkrankungen in der Familie:

Selbstmord in der Familie?    o ja    o nein

Wenn ja wer? \_\_\_\_\_

Haben Sie körperlichen Beschwerden?

akut

\_\_\_\_\_

von früher

Sind Sie deshalb in Behandlung? \* ja \* nein

Behandlungsform \_\_\_\_\_ bei wem? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? \* ja \* nein

Welche Medikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht? \* ja \* nein

wenn ja, weswegen \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Art der Therapie \_\_\_\_\_

Waren Sie je in einer psychiatrischen Klinik oder Sucht-Klinik? \* ja \* nein

wenn ja, weswegen \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Ess-Störungen (z.B.: Anorexie, Bulimie)? \_\_\_\_\_

Haben Sie psychosomatische Krankheiten (z.B. Magengeschwür, Neurodermitis usw.)? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Schlafstörungen \* ja \* nein

Einschlafstörungen \* ja \* nein Durchschlafstörungen \* ja \* nein

zu frühem Erwachen \* ja \* nein

Fühlen Sie sich morgens schlechter als mittags oder abends? \* ja \* nein

Wie ist Ihr Umgang mit Suchtmitteln und Ihre Einstellung dazu

Früher \_\_\_\_\_

Heute \_\_\_\_\_

Gab/gibt es auffällige psychische Probleme in Ihrer Familie? (Bitte

Verwandtschaftsgrad angeben und Art der Erkrankung)

\_\_\_\_\_

Haben Sie Ängste, wenn ja, wovor?

Hatten Sie schon Gedanken an einen Selbstmord \* ja \* nein

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch durchgeführt? \* ja \* nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Mit welchem Anliegen kommen Sie speziell zu mir?

---

Wie sollen sich am Ende der therapeutischen Arbeit Ihre Lebensumstände verändert haben?

---

---

Was erscheint Ihnen noch wichtig zu sagen?

---

---

---

**Rechtlicher Hinweis**

Bitte informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn ob und welche Kosten Ihre Krankenkasse übernimmt, da der Behandlungsvertrag grundsätzlich nur zwischen Ihnen, dem Patienten und der Praxis für ganzheitliche Psychotherapie, Inh. Susanne Gorfer-Gäch, Heilpraktikerin für Psychotherapie, zustande kommt. Auch in Fällen, in denen Ihre Krankenkasse zu keiner oder nur zur anteiligen Kostenübernahme verpflichtet ist, liegt die Zahlungspflicht für die Behandlung bei Ihnen / dem Patienten. Aus rechtlichen Gründen ist es mir leider nicht gestattet, Sie in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten zu beraten. Aber Ihre Krankenkasse oder Zusatzversicherung kann und wird Ihnen darüber gerne Auskunft erteilen. Bitte beachten Sie auch die rechtlichen Hinweise auf meiner Homepage.

**Es ist mir bewusst dass:** Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen, Zusatzversicherungen etc. oder bei einer privaten Krankenversicherung, der Rechnungsbetrag in vollem Umfang zu zahlen ist.

**Datenerhebung:**

Die von Ihnen gemachten Angaben werden innerhalb meiner Praxis und während der Behandlungsdauer schriftlich und elektronisch erfasst und gespeichert.

Dies dient ausschließlich dem Schutz des Patienten, dem ich so eine umfassende und erfolgreiche Bearbeitung seiner Anliegen zusichern kann.

Sollten Sie eine weitergehende Speicherung Ihrer Daten nicht wünschen, teilen Sie mir dies bitte mit, damit ich die bei mir vorhandenen Datensätze dann entsprechend der gesetzlichen Vorschriften löschen können.

**Sie erklären sich mit der Unterschrift unter diesem Praxisbogen ausdrücklich mit allen vorangegangenen Punkten sowie mit der Speicherung der von Ihnen angegebenen Daten einverstanden.**

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

---

**Unterschrift des/der Patienten/-in, ggf. des Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters**