

Name:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Email:	Telefon:
Konsultationsgrund:	
Angaben zu aktuellem Gesundheitszustand:	
Falls vorhanden, Psychische Erkrankung:	
Vergangene oder bestehende psychologische oder psychiatrische Behandlung:	
Im Hinblick zum Konsultationsgrund bestehende/vergangene medizinische Behandlung:	
Falls in Ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung:	Name: Adresse: Telefonnummer:
Die Hypnosetherapie/das Meditationscoaching wurde mit der zuständigen medizinischen Fachperson (Arzt/Ärztin, Therapeut/-in) abgesprochen: ☐ Ja ☐ Nein, ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass Sandra Füllemann meine zuständige Medizinische Fachperson kontaktiert.	
Folgende Medikamente und/oder Drogen habe ich im den letzten Monat zu mir genommen:	
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten von Sandra Füllemann zwecks Qualitätssicherung erhoben und gespeichert werden. Die Daten werden vertraulich behandelt.	
Hiermit erkläre ich mich mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen von hypnosemeditation Sandra Füllemann einverstanden.	
Ort:	Datum:
Unterschrift:	