

Fragebogen

Name Adresse Alter

Was ist das Problem?

Gab es diesbezüglich bereits Therapien?

Gibt es folgende gesundheitlichen Probleme?

- Migräne?
- Epilepsie?
- Herzprobleme?
- Psychische Erkrankungen?
- Schwere Herz- oder Kreislaufprobleme?
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit?
- Thrombosen?
- Schwere Erkrankungen des zentralen Nervensystems?
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?

Ich verstehe meine Arbeit als eine geplante und methodisch durchgeführte Beratung und Begleitung, unterstützt durch die Methode der Kunsttherapie, der lösungsorientierten und systemischen Beratung und der Hypnose.

Es ist für Erwachsene und Kinder, die Unterstützung bei der Bewältigung ihres Problems oder ihrer Krise brauchen.

Es geht um die gemeinsame Erarbeitung einer individuellen Lösung, die es dem Kunden ermöglicht, mit seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten sich seine Lebenssituation zu verbessern.

Datenschutz: Die von Ihnen abgegebenen ausgefüllten Fragebögen dienen ausschließlich der Informationssammlung, um eine adäquate Beratung anbieten zu können. Ihre Daten werden verschlossen aufbewahrt und gemäß den gesetzlichen vorgeschriebenen Löschfristen danach professionell vernichtet. Eine digitale Verarbeitung Ihrer Daten ist nicht vorgesehen und nicht von Nöten. Somit werden Ihre Daten nicht an Dritte weitergegeben.

In meiner Praxis werden keine Diagnosen gestellt.

Nicole Grugger, MSc Akademische Lebens- und Sozialberaterin Vogelsang Hof Hirnreit 2 5700 Zell am See	Unterschrift
--	--------------

Bei Kindern zusätzlich:

Name der Eltern Adresse der Eltern Alter der Eltern

	Ja	Nein
Kommt das Kind freiwillig		
Hat das Kind noch Geschwister		
Wenn ja, wieviele und welches Alter		
Wie ist der Familienstand der Eltern?		
Welche Schulform besucht das Kind?		
Welche Hobbys hat das Kind?		
Was ist das Lieblingsspielzeug des Kindes?		
Gibt es Haustiere?		
Wie sieht ein typischer Tagesablauf vom Kind aus?		

Einverständniserklärung der Eltern

Hiermit erklären wir uns mit der Behandlung unseres Kindes
_____ geb. am _____ in
_____ einverstanden.

Die Informationen, die das Kind während der Behandlung frei gibt, werden nur mit Einverständnis des Kindes an die Eltern weitergegeben.

Unterschrift von beiden Elternteilen