

Kognitive Hypnose

Michael Jahnke

0511 – 89 70 91 89

kognitive-hypnose.de

info@kognitive-hypnose.de

Marie-Jahn-Str. 20, 30177 Hannover

Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular vollständig aus.

Diese Angaben sind notwendig, damit ich mir ein Bild von Ihnen machen kann.

Anmeldeformular AK

Allgemeines

Name:

Straße:

PLZ Ort:

E-Mail:

Handy:

Alter:

Ausgeübter Beruf:

Datum und
Uhrzeit der 1. Sitzung:

Bitte wenden!

Ihr Anliegen - Falls „Ja“ bitte mit Erläuterungen

1. Welches ist der Hauptgrund für die Hypnose-Therapie?
-
2. Welche Auswirkungen hat das Problem auf Ihr Leben?
-
3. Seit wann haben Sie das Problem?
-
4. Haben Sie das Problem seit dem ersten Auftreten durchgängig?
-
5. Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer?
-
6. Haben Sie sich bereits bei der Behandlung des Problems unterstützen lassen?
-
7. Waren Sie schon mal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?
-
8. Hat Ihnen eine frühere Behandlung geholfen?
-
9. Wurde eine Diagnose gestellt? Welche?
-
10. Haben Sie schon mal Psychopharmaka eingenommen? Welche?
-
11. Haben Sie psychische Erkrankungen? Welche?
-
12. Waren Sie jemals suizidgefährdet?
-

Bitte wenden!

Erkrankungen - Falls „Ja“ bitte mit Erläuterungen

1. Chronische Schmerzen?
-
2. Erhebliche Kreislaufprobleme?
-
3. Anfallserkrankungen (Epilepsie etc.)?
-
4. Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV etc.)?
-
5. Herz-Erkrankungen?
-
6. Starkes Asthma?
-
7. Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS etc.)?
-
8. Sonstige körperlichen Erkrankungen?
-
9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?
-
10. Besteht eine Alkoholabhängigkeit?
-
11. Nehmen Sie Drogen?
-
12. Rauchen Sie?
-
13. Sind Sie schwanger?
-

Bitte wenden!

Veränderungen / Ziele

Bitte beschreiben Sie die drei wichtigsten Veränderungen, die Sie mit der Hypnose erreichen wollen. Formulieren Sie diese bitte positiv, also statt z.B. "Ich habe keine Angst mehr" besser "Ich fühle mich frei und sicher".

1.

2.

3.

Bitte wenden!

AGB's / Behandlungsvertrag

Ich habe den Behandlungsvertrag (siehe folgende Seite) gelesen und bin damit einverstanden.

Ja / Nein

Bitte wenden!

Kognitive Hypnose

Michael Jahnke

0511 – 89 70 91 89

kognitive-hypnose.de

info@kognitive-hypnose.de

Marie-Jahn-Str. 20, 30177 Hannover

Behandlungsvertrag AK

1. Leistungen

- Der Kunde beauftragt Michael Jahnke mit der Durchführung einer **Hypnose-Therapie** von insgesamt **drei Sitzungen** á ca. **zwei Stunden** Dauer.

2. Zahlungsmodalitäten

- Wenn sich der Kunde während der **ersten 30 Minuten** der **1. Sitzung** gegen eine Fortführung der Behandlung entscheidet, wird **kein Honorar** berechnet.
- Wenn sich der Kunde für eine Fortführung der Behandlung entscheidet, fällt nach **30 Minuten** der **1. Sitzung** ein Honorar von **690 Euro** in bar an.
- Das Honorar ist **nicht** erstattungsfähig.

3. Terminabsage

- Kann der Kunde einen zuvor vereinbarten Termin nicht einhalten und sagt diesen Termin nicht rechtzeitig **mindestens 24 Stunden** vorher ab, so wird dem Kunden ein Ausfallhonorar in Höhe von **115 Euro** in Rechnung gestellt. Dies gilt gleichermaßen bei einer Verspätung des Kunden von **30 Minuten** oder mehr, da eine vollständige Sitzung in diesem Fall leider nicht mehr möglich ist. Diese Regelungen gelten auch für die 1. Sitzung.
- Im Verlauf der Behandlung kann höchstens **ein Termin** kostenlos abgesagt werden. Jeder weitere in Anspruch genommene Termin wird mit **230 Euro** berechnet.
- Zur Terminabsage genügt eine **rechtzeitige** telefonische Benachrichtigung oder eine **rechtzeitig** abgesendete E-Mail.

4. Ort der Behandlung

- Alle Sitzungen finden in der Praxis, Marie-Jahn-Straße 20, 30177 Hannover, statt.

5. Dokumentation

- Alle Sitzungsunterlagen verbleiben bei Michael Jahnke und werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

6. Heilversprechen

- Im Rahmen einer verantwortungsvollen Ausübung der Psychotherapie können keine Heilversprechen erteilt, noch irgendwelche Garantien in Bezug auf den Erfolg der Behandlung gegeben werden.

Stand April 2019