



GABRIELA EIBICH

Heilpraktikerin für Psychotherapie
Diplom Pädagogin | Systemische Coach
Faszien-Rotation

Aufnahmebogen

Titel/Anrede _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefonnummer _____

Handynummer _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

Kinder _____

Ihre ausgeübte Tätigkeit _____

Krankenversicherung gesetzlich Zusatzversicherung für HP-Leistungen
 privat mit beamtenrechtlicher Beihilfe

(Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht)

Bitte wenden



GABRIELA EIBICH

Heilpraktikerin für Psychotherapie
Diplom Pädagogin | Systemische Coach
Faszien-Rotation

- Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Beschreiben Sie sie einfach mit Ihren Worten:

- Aktuelle Erkrankungen, Vorerkrankungen, Unfälle, OPs (bitte mit Zeitangabe):

- Bei welchen Ärzten/Therapeut*innen (Name/Adresse) sind/waren Sie in Behandlung?
Aus welchen Gründen?

- Nehmen Sie akut und/oder in der Vergangenheit Medikamente/Drogen/Alkohol zu sich?

Durch wen oder was sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Ort, Datum, Unterschrift