



**Anmeldung für**

Einzeltherapie

Paartherapie

Familientherapie

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel. priv. \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

ledig  verheiratet  zusammen lebend  in getrennten Wohnungen

Seit \_\_\_\_\_

Name des Partners/der Partnerin \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

geschieden/getrennt lebend/verwitwet

Name \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Kinder**

Name	Geburtsdatum	leben im selben Haushalt ja/nein	Kindergarten Schulform, Klasse Ausbildung Studium, Beruf



**H4**

PRAXIS FÜR SYSTEMISCHE THERAPIE UND BERATUNG

Welche Personen leben noch in ihrem Haushalt (Stiefkinder, Pflege- und/oder Adoptivkinder, Eltern und/oder Schwiegereltern, u. a.)?

Name	Geburtsdatum	Kindergarten Schulform, Klasse Ausbildung Studium, Beruf

Welche Situation, welches Problem (welche Probleme) möchten Sie verändern?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Wurde dafür in der Vergangenheit professionelle Hilfe gesucht?

Ja  Nein

Falls ja: Wann, wo, welche?

Einrichtung	Zeitraum von bis	Was wurde dort gemacht?



**H4**

PRAXIS FÜR SYSTEMISCHE THERAPIE UND BERATUNG

Sind Sie (ihre Familie) derzeit auch andernorts in Behandlung/Betreuung/Beratung?

Ja  Nein

Falls ja:

Einrichtung	Zeitraum von bis	Was wurde dort gemacht?

Was wünschen/erwarten Sie von uns?

---

---

---

---

---

---

---

Wie sind Sie auf uns gekommen?

Telefonbuch  Flyer  Homepage  Empfehlung

Sonstiges \_\_\_\_\_