

Markus Mueller

Einzeltherapeut
Tuglitzstr.

630 Saarn für Körperarbeit, Yoga und ganzheitliche Psychotherapie

Reinhardtstr. 10

63089 Dresden

Tele: 0351 461 148719

E-Mail: markus@markusmueller.de

Behandlungsvertrag

Liebe(r) Klient(in),

um Sie optimal behandeln zu können und Missverständnisse zu vermeiden, benötige ich einige Angaben zu Ihrer Person und Krankheitsgeschichte vor der ersten Behandlung. Dazu bekommen Sie wichtige Informationen zum Behandlungsprozess, Verfahrenswesen während der gesamten Behandlung und zur Kostenabrechnung.

Bitte lesen Sie das Formular sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Das ausgefüllte Formular schicken Sie mir bitte unterschrieben per E-Mail oder Post zurück.

Name _____ Vorname _____
Wohnort _____ Straße _____
Geb. Datum _____ Beruf _____
Hobby/Freizeit _____

Gibt es zu Ihrem Schmerzzustand eine oder mehrere Diagnosen? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Seit wann haben Sie Ihre Schmerzen? _____

Zeichnen Sie möglichst genau den Ort des Schmerzes ein (sofern möglich punktuell)

