

Eigenverantwortlichkeits-Erklärung

Name: Vorname:
Adresse: PLZ / Ort:
Geb. Datum: Telefon:
E-Mail: Beruf:

Familie: Eltern: Geschwister:

Infos zur Person / Familiengeschichte:
.....
.....
.....

Sind Sie derzeit oder waren Sie in medizinischer oder psychologischer Behandlung, Therapie und/oder in Coaching?
.....

Wenn ja, was war der Grund der Behandlung und wie lange?
.....

Wenn ja, ist Ihr Therapeut über das Coaching informiert?

Welche Medikamente (auch nicht verordnungspflichtige) nehmen Sie derzeit oder haben Sie kürzlich genommen?.....

Gibt es gesundheitliche oder medizinische Bedingungen (Herz- und Gefässerkrankungen, Epilepsie, Diabetes, etc.) die für das Coaching relevant sein könnten?

Besteht eine Schwangerschaft?

Ich habe verstanden, dass das Coaching keine medizinischen, psychotherapeutischen Untersuchungen, Diagnosen und Behandlungen umfasst oder ersetzt. Ich bestätige, dass ich körperlich und emotional belastbar bin und dass die Begleitung freiwillig erfolgt. Beide Parteien vereinbaren Vertraulichkeit. Alle Daten werden datenschutzkonform behandelt.

Ich habe die AGB's zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu.

Ich bestätige, dass alle Angaben korrekt sind, und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung des Coachings beeinträchtigen können.

Datum, Ort: Unterschrift: