

# D E N N I S R A P P

P S Y C H O T H E R A P I E  
C O A C H I N G

## Stammdatenbogen (Paartherapie/Familientherapie/Paarberatung)

Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht  
und werden streng vertraulich behandelt.

Datum:.....

Klient 1:

Rechnungsempfänger

Name:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon: ..... eMail: .....

geboren am: ..... in .....

Versichert  gesetzlich  privat bei .....  Selbstzahler

Zusatzversicherung für Heilpraktiker (Psychotherapie) bei .....

Ich betreibe eine Privatpraxis und kann mit gesetzlichen Krankenkassen leider nur in Ausnahmefällen abrechnen.

Wenn Sie von Ihrer Krankenkasse bisher keine Zusage zur Kostenübernahme erhalten haben, kreuzen Sie bitte ggf. auch „Selbstzahler“ an.

Das Hauptproblem unserer Beziehung ist: .....

In einer Partnerschaft seit .....  verheiratet  in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft mit

Klient 2:

Rechnungsempfänger

Name:.....

Straße :..... (falls abweichend)

PLZ/Ort:..... (falls abweichend)

Telefon: ..... eMail: ..... (falls abweichend)

geboren am: ..... in .....

Versichert  gesetzlich  privat bei .....  Selbstzahler

Zusatzversicherung für Heilpraktiker (Psychotherapie) bei .....

Das Hauptproblem unserer Beziehung ist: .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meinen Partner liebe und durch diese Therapie/Beratung gemeinsam an der Verbesserung unserer Beziehung arbeiten möchte.

Datum ..... Unterschrift Klient 1..... Unterschrift Klient 2.....