Anmeldebogen

Frau / Herr:

....

Name, Vorname geboren am

Anschrift: .....

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon: ....

Festnetz Handy

Email: .....

bitte nur ausfüllen, wenn Sie mit einer Kontaktaufnahme per Email einverstanden sind (bei telefonischer Nicht-Erreichbarkeit)

Derzeitige Beschäftigung/ Beruf: .....

Derzeitiger Therapieanlass/Beschwerden (Stichworte)**:** .....

.....

Körperliche Erkrankungen oder Einschränkungen: .....

.....

Medikamente: .....

.....

Erwartungen/Wünsche an die Psychotonik-Gruppe:

Bitte maximal 3 der folgenden Problembereiche ankreuzen!

- ☐ Selbstwert entwickeln
- ☐ Sozialen Rückzug aufgeben
- ☐ Leistungsanspruch reduzieren
- ☐ Genussfähigkeit entwickeln
- ☐ Entscheidungsfähigkeit stärken
- ☐ Flexibilität fördern
- ☐ Selbstsicherheit stärken
- ☐ Abgrenzungskompetenz erhöhen

Sonstiges.....

.....

.....

Die Gruppe ist eine **Wahrnehmungsgruppe mit kommunikativem Bewegen** auf Basis der Psychotonik nach

Psychotonik Gruppenpsychotherapie

Ausbildungsinstitut München

Glaser.
Die Psychotonik beschreibt den Zusammenhang zwischen **Emotionalität, Muskeltonus, Atmung und Körperausdruck.**

Die Leitung übernimmt die Atem- und Körpertherapeutin Gabriele Wallach.

In 6 wöchentlichen Terminen à 100 min wird sich folgenden Themen angenommen:

- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Wahrnehmung eigener und fremder Grenzen
- Beziehungs- und Kontaktfähigkeit
- Spannungsregulation
- Verbesserung emotionale Wahrnehmung

Bitte beachten Sie, dass diese Leistung NICHT von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse getragen wird und Sie die Kosten daher selbst tragen müssen.
Die Kursgebühr von **20 € pro Sitzung** werden Ihnen von Ihrem Konto abgezogen (120 € für 6 Termine). Die weiteren anfallenden Kosten werden durch die vfkv gGmbH im Sinne der Gemeinnützigkeit getragen. Bitte haben Sie Verständnis, dass keine Rückerstattung für einzelne nicht wahrgenommen Termine möglich ist.

Ich bin darüber informiert, dass die o.g. Leistung nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse getragen wird und bin damit einverstanden, die Kosten i.H.v. 120 € für jeweils 6 Termine für die Behandlung selbst zu tragen. Ich ermächtige daher die vfkv gGmbH mit angehängtem SEPA Mandat, die Kosten von meinem Konto einzuziehen.

……. ……

Ort, Datum Unterschrift Patient/Patientin

Gruppenleitung
Frau Gabriele Wallach
Kontakt:
Telefon **089 52059369**
Email: **gabriele.wallach@online.de**

Schweigepflichtentbindung

Ich, ..., geb. am .....,
Name, Vorname

entbinde hiermit meine/n behandelnde/n Therapeutin/-en

Frau/ Herrn Dipl.-Psych. _____,

von der therapeutischen Schweigepflicht gegenüber Frau Gabriele Wallach und erlaube die Einsicht und Bearbeitung meiner Daten zu administrativen, organisatorischen und behandlungsvorbereitenden Zwecken. Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig.

…….. ……

Ort , Datum Unterschrift Patient/Patientin

Kontaktdaten Therapeut/-in

Name _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Emailadresse _____

Hiermit befürworte ich als mitbehandelnde/-r Therapeut/-in die Teilnahme an der Psychotonik-Gruppentherapie.

…….. ……

Ort , Datum Unterschrift mitbehandelnde/-r Therapeut/-in

SEPA – Lastschriftmandat

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen! vfkv gGmbH Lindwurmstr. 117 80337 München

☐ Neuauftrag ☐ Änderung

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die vfkv gGmbH (Zahlungsempfänger), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der vfkv gGmbH auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 10ZZZ00000686258

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Ambulanzsekretariat ausgefüllt)

Angaben zum (zu den) Zahlungspflichtigen

_____
Name / Vorname oder Firmenname

_____
Straße und Hausnummer

_____ _____
PLZ / Ort Land (wenn nicht Deutschland)

Angaben zum (zu den) Kontoinhaber(n) (falls der (die) Kontoinhaber vom (von den) Zahlungspflichtigen abweicht(en)

_____
Name / Vorname oder Firmenname

_____
Straße und Hausnummer

_____ _____
PLZ / Ort Land (wenn nicht Deutschland)

Bankverbindung

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen: _____

SEPA-Mandat gültig ab (Datum)

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber