

CHOCOFALLA THERAPIE Anmeldebogen

Es freut mich, dass Sie sich für die Chocofalla-Therapie entschieden haben.

Darf ich Sie im Vorfeld bitten, mir einige Fragen zu beantworten, damit ich im Rahmen der Therapie besser auf Sie eingehen kann?

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Auf einer Skala von 1 bis 5 (1= sehr wenig, 5 = sehr stark), wie stark fühlen Sie sich im Alltag beeinträchtigt? _____

Haben Sie bereits Therapien seitdem die Diagnose erstellt wurde, durchgeführt?

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie gegen Histamin allergisch? Ja _____ Nein _____

Haben Sie eine Fruktoseunverträglichkeit? Ja _____ Nein _____

Sind Sie gegen ein Lebensmittel allergisch?

Wenn ja, gegen welches _____

Die Therapie verläuft in zwei Teilen. Damit ich Sie in der Zwischenzeit per Email betreuen kann, bitte ich Sie mir hier Ihre Email- Anschrift bekannt zu geben.

Email: _____

Hiermit versichere ich, dass Ihre Daten nicht an Dritte weitergegeben werden und ausschließlich im Rahmen der Therapie und Kommunikation mit Ihnen dienen.

Die Therapie erfolgt in 2 Teilen.

Teil 1: Dauer 4 Stunden

Teil 2: Dauer 3 Stunden

Gesamtkosten: 490 €

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgende Kontonummer:

Konto lautend auf Mag. Barbara Jung bei der Erste Bank

IBAN: AT03 2011 1826 9817 1700

Betreff: CHOCOFALLA THERAPIE plus dem Datum des Therapietages

Termin Therapie: _____

Sollten Sie erkranken und nicht teilnehmen können, so teilen Sie mir das bitte unverzüglich mit und schicken Sie mir bitte eine Bestätigung Ihres Arztes. Wir vereinbaren einen neuen Therapietermin.

Sollten Sie unentschuldig nicht zur Therapie erscheinen, sind die Kosten der Therapie zu 100 % zu zahlen.

Bitte unterschreiben Sie dieses Formular.

Datum: _____ Unterschrift: _____