

Anmeldung Berlinprojekt – Beratungszentrum

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Kurzfristige Erreichbarkeit unter: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Familienstand: _____ Kinder (Alter): _____

Schulbildung: _____

Erlerner Beruf: _____

Momentane Beschäftigung: _____

Religion / Gemeinde: _____

Anliegen: _____

Beratungserfahrung / Therapie:

Kosten / Stunde: _____

Bitte lesen Sie die beigefügten Konditionen des Beratungszentrums durch. Sollten Sie Fragen haben, notieren Sie diese bitte. Bringen Sie die Anmeldung, sowie die unterschriebenen Konditionen, zur nächsten Sitzung mit. Vielen Dank.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Therapieprozesse können (anonym) supervidiert werden. Dies dient lediglich der eigenen Reflexion, um Sie noch besser begleiten zu können.

Wenn Sie dem zustimmen, unterschreiben Sie bitte nachfolgend:

Datum: _____ Unterschrift: _____