



## VEREINBARUNG



Frau/Herr ..... hatte am ..... mit Diplom-Psychologin Mercedes Lorenzo ein Vorgespräch. Frau Lorenzo klärte die Patientin/den Patienten über die Risiken und Methoden der Familientherapie auf.

Frau/Herr ..... hat sich am ..... für einen therapeutischen Prozess bei Frau Lorenzo entschieden.

Jedes Familienmitglied übernimmt Verantwortung für sich selbst. Eltern tragen Verantwortung für ihre Kinder.

Frau/Herr ..... versichert, dass sie/er an keinen körperlichen Erkrankungen leidet. Sie/er versichert, nicht in psychiatrischer Behandlung zu sein und keine Medikamente zu nehmen.

**oder:**

Frau/Herr ..... ist in ärztlicher Behandlung wegen (Diagnose): .....  
..... seit (Datum): ..... bei (Name/Adresse/Telefonnummer/E-Mail-Adresse des Arztes) .....  
..... Sie/er nimmt folgende Medikamente (Name/Wirkstoff/Dosis): .....

Frau Lorenzo unterliegt der Schweigepflicht.

Frau/Herr..... versichert, im Falle einer notwendigen Heilbehandlung auch ohne Aufforderung durch die Familientherapeutin sofort einen Arzt aufzusuchen und eventuell den Arzt und Frau Lorenzo von der Schweigepflicht zu entbinden.

**Honorar pro Sitzung (45 Minuten): 120,00 Euro inkl. MwSt.**

**bzw.** .....

Karlsruhe, den .....

.....  
(Patientin/Patient)

.....  
Diplom-Psychologin & Familientherapeutin

UNSERE TERMINE: