



Peter Flöschner
PRAXIS FÜR SYSTEMISCHE LEBENSBERATUNG

Flöschner-Vogt GbR
Herr Peter Flöschner
Westliche Friedrichstr. 28
75210 Keltern

Kontaktformular

Bitte stellen Sie sich kurz vor!

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

weiblich ☐ / männlich ☐

Wie können wir Sie erreichen?

Telefonnummer: _____ (für die Beratungsgespräche)

Mail-Adresse: _____ (für die Terminabsprachen)

Bitte geben Sie uns eine Rechnungsadresse an!

Straße: _____

Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____





Bitte beschreiben Sie in kurzen Stichworten, worum es geht (z.B. Konflikt am Arbeitsplatz, Beziehungsprobleme, ...)!

Was wünschen Sie sich von uns?

Sind Sie mit Ihrem Anliegen in Behandlung?

nein ☐ / ja, in medizinischer Behandlung ☐ / ja, in psychologischer Behandlung ☐

Nehmen Sie wegen Ihrem Anliegen Medikamente ein(z.B. Antidepressiva, ...)?

nein ☐ / ja ☐ _____ (Medikament und Dosis)

Bitte nehmen Sie noch diese wichtigen Hinweise zur Kenntnis!

Wir halten uns die mit Ihnen ausgemachten Termine extra für Sie frei. Ausfallende Termine lassen sich bei kurzfristigen Absagen so gut wie nicht mehr neu vergeben. Wird ein Termin versäumt oder erfolgt eine Terminabsage nicht bis mindestens 24h vor dem ausgemachten Termin, wird ein Ausfallhonorar von 85% der Kosten erhoben!

- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass ausgemachte Termine verbindlich sind und nicht kurzfristig abgesagt werden können.
- ☐ Ich akzeptiere, dass mir für versäumte Termine und für Termine, die nicht bis 24h vor dem Termin per E-Mail abgesagt wurden, ein Ausfallhonorar in Höhe von 85% der Kosten in Rechnung gestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

