

Wichtige Hinweise zu unserer Zusammenarbeit

Name, Vorname _____
Anschrift _____
Geburtsdatum _____

Bitte beachte, dass ich, Jennifer Eickworth, keine Therapeutin bin und keinen medizinischen Hintergrund habe. Für die Teilnahme an einem Coaching ist im Allgemeinen eine psychische Gesundheit Grundvoraussetzung. Ich appelliere hier an Ihre Eigenverantwortung und behalte mir vor, unsere Zusammenarbeit zu beenden, sofern ich es für notwendig halte.

Im Coaching werden weder Diagnosen gestellt noch Krankheiten behandelt. Ich biete keine Psychotherapie an und berate nicht zu Medikamenten.

Solltest Sie sich in therapeutischer oder medikamentöser Behandlung befinden oder in der Vergangenheit in therapeutischer und/oder medikamentöser Behandlung gewesen sein, weise ich ausdrücklich darauf hin, nur nach vorheriger Absprache mit Ihrem*Ihrer Therapeut*in oder Ihrem Arzt*deiner Ärztin an einem Coaching teilzunehmen.

Solltest Du psychische Probleme haben und bist deshalb zu mir gekommen, freue ich mich, Dir helfen zu können, eine*n geeignete*n Arzt*Ärztin oder psychiatrische*n Betreuer*in zu finden. Die Unterstützung bei der Therapieplatzsuche (auch Kuren oder Reha-Maßnahmen) ist Teil meiner Arbeit. Gerne unterstütze ich auch im Alltag. Beachten Sie aber bitte nochmal, dass meine Arbeit keinesfalls eine professionelle medizinische Beratung, Diagnose, Therapie oder Behandlung ist.

Ich, _____(Vorname und Familienname), habe die oben stehenden Hinweise gelesen und verstanden. Ich möchte mit Jennifer Eickworth zusammenarbeiten und bin mir bewusst, dass Coaching keine Psychotherapie ersetzt.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich, Jennifer Eickworth, bestätige, dass ich die oben stehende Person zusätzlich mündlich über die oben stehenden Hinweise aufgeklärt habe. Ich bin mir meiner Verantwortung bewusst und werde nach bestem Wissen und Gewissen immer im Sinne der Klient*innen agiere.