



Aufnahmeformular

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geb.datum	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Straße/Nr.	<input type="text"/>
Tel. priv.	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mobil priv.	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tel. tagsüb.	<input type="text"/> <input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

GESTALT-PSYCHOTHERAPIE
PAAR-COACHING UND PAARTHERAPIE
TRAUMAFOKUS - SCHMERZFOKUS
GEWALTFREIE KOMMUNIKATION (GfK)
MULTIMODALE STRESSKOMPETENZ
AUTOGENES TRAINING
PROGRESSIVE RELAXATION
COACHING
PSYCHOLOGISCHE BERATUNG

Susanne Maler

PSYCHOLOGIN
(MAG. PHIL. UNIV. WIEN)
PSYCHOTHERAPIE (HPG)
S.MALER@MALERKRULL.DE
☎ +49 (0)176 23 15 89 79
☎ +49 (0)89 51 87 88 09
🌐 WWW.SUSANNEMALER.DE

Thomas Krull

HEILPRAKTIKER
TH.KRULL@MALERKRULL.DE
☎ +49 (0)176 60 33 51 19
☎ +49 (0)89 51 87 88 08
🌐 WWW.PRAXIS-THKRULL.DE

PRAXISADRESSE

MAINZER STRASSE 20
80804 MÜNCHEN

Die Rechnung möchte ich erhalten (zutreffendes bitte ankreuzen):

per Email

per Post

Die **Patienteninformation zum Datenschutz** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

München, den

Unterschrift: