



# METANOIA

PSYCHOTHERAPEUTISCHE HEILPRAXIS

## ZU IHRER PERSON

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtstag
_____	_____	_____
Wohnort	Straße / Nr.	Telefon
_____	_____	
Beruf	Krankenkasse	

## FAMILIE

_____	_____
Angaben zu den Eltern ( <i>leben noch / verstorben / getrennt lebend</i> )	Haben Sie Geschwister (wie viele)?
_____	_____
Sie sind die/der Wievielte in der Geschwisterreihe?	Haben Sie Kinder? Wie viele? Alter?

## LEBENSPARTNER

\_\_\_\_\_

Sie sind derzeit in einer Partnerschaft? Wenn ja, seit wann? Wenn nein, seit wann nicht mehr?

## FRÜHERE LEBENSPARTNER

_____	_____
Gibt es frühere Lebenspartner? Wenn ja, von/bis?	Besteht heute noch Kontakt?

## GESUNDHEIT

---

Haben Sie schwerwiegende Krankheiten? Wenn ja, welche?

Sind Sie geheilt? Wenn ja, seit wann?

---

Befinden bzw. befanden Sie sich schon einmal in psychologischer Behandlung? Wenn ja, wann und weshalb?

---

Leiden Sie an einer psychischen Störung? Wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

---

Haben Sie Süchte? Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie an körperlichen Störungen (z.B. Schlafstörungen, Ängste)? Wenn ja, welche und seit wann?

## BEFINDEN

---

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Befinden!

---

Gibt es Lebensbereiche, in denen Sie sich eine Veränderung wünschen? Wenn ja, in welchen (z.B. Gesundheit, Finanzen, Beziehungen und Partnerschaft, Kommunikation, Freizeit, Beruf, Selbstsicherheit oder anderes)? Bitte beschreiben Sie kurz!

## ZIELE

---

Gibt es ein oder mehrere Ziele, die Sie erreichen möchten? Wenn ja, welches bzw. welche?

## SIE HABEN SCHON HYPNOSE-ERFAHRUNG?

ja

nein