

ANAMNESEBOGEN

Liebe Klientin, lieber Klient,

gerne habe ich einen Hypnosetermin für Sie vorgemerkt. Für die verbindliche Buchung benötige ich noch einige Informationen von Ihnen.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen alle Felder dieses Fragebogens bestmöglich aus. Ihre Angaben werden selbstverständlich, ebenso wie die Inhalte der Sitzung, vertraulich behandelt!

Sie können mir diesen Fragebogen unter einer der folgenden Möglichkeiten zurück senden:

Email: kontakt@psychotherapie-senftenberg.de

oder

persönlich beim Erstgespräch

Vielen Dank!

Kontakt Daten

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Bitte geben Sie nur Telefonnummern und E-Mail-Adressen an, bei denen ich mich als ihr Hypnosetherapeut zu erkennen geben darf.

Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins: _____

Name der Mutter: _____ ☐ lebt ☐ verstorben

Name des Vaters: _____ ☐ lebt ☐ verstorben

Meine Eltern sind: ☐ zusammen ☐ geschieden

Haben Sie Kinder? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Geschwister: _____

Geburtsdatum: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja

Schlafen / Entspannen: ☐ gut ☐ normal ☐ schlecht

Haben Sie Hypnose schon einmal erlebt? ☐ Nein ☐ Ja

Wer hat Sie hypnotisiert: _____

Grund der Hypnose: _____

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? ☒ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht
Wieso haben Sie diese Annahme?

Medizinische Patientengeschichte

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: warum?

Leiden/Litten Sie an Langzeiterkrankungen? ☐ Ja, seit: _____ ☐ Nein
Wenn ja: welche?

Waren Sie je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten ☐ Ja ☐ Nein

Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

Thrombose ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum und welche?

Haben Sie in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, welche:

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie: ☐ Ja ☐ Nein – Wenn Ja, wann war der letzte Anfall? _____

Starkes Asthma: ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Anfallserkrankung: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Andauernde starke **Schmerzen**: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie stark sind die Schmerzen, wenn 1 der niedrigste und 10 der höchste Wert ist?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann bestehen die Schmerzen? _____

Bei welchem Wert würde sich Ihre Lebensqualität verbessern:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erhebliche Kreislaufprobleme: ☐ Ja ☐ Nein

Ihr Blutdruck ist: ☐ normal ☐ zu hoch ☐ zu niedrig

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV, etc.): ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Herz-Erkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Probleme mit Schultern, Armen, Nacken oder Händen, Handgelenken: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Körperliche oder geistige Behinderung: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

In Behandlung bei Psychiater oder Neurologe: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, haben Sie mit diesem über die Hypnosetherapie gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben? _____

Schwere psychische Erkrankung (Psychose): ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Abhängigkeit von Medikamenten: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Drogenabhängigkeit (außer Tabak): ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Cannabis-Konsum innerhalb des letzten Woche: ☐ Ja ☐ Nein

Alkoholabhängigkeit: ☐ Ja ☐ Nein

ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung): ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche: _____

Welche beiden Menschen haben Sie in ihrem Leben am meisten verletzt/enttäuscht:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere: _____

Haben Sie ein Problem mit/Angst vor:

Strand: ☐ Ja ☐ Nein

Höhe: ☐ Ja ☐ Nein

Wiese: ☐ Ja ☐ Nein

Rolltreppe: ☐ Ja ☐ Nein

Fahrrad: ☐ Ja ☐ Nein

Tiere: ☐ Hund ☐ Katze

☐ Anderes: _____

Gab es einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff: ☐ Ja ☐ Nein

Wegen welchen Themen/Problemen kommen Sie in die Hypnosetherapie?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Was haben Sie schon unternommen, um diese Probleme zu lösen/lindern?

☐ Nichts ☐ Hausarzt ☐ Psychologe ☐ Psychiater ☐ Kinesiologie

☐ Anderes: _____

Ergebnis dieser Behandlungen:

Haben Sie schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht sich das Leben zu nehmen?

☐ Ja ☐ Nein – Wenn ja, wann: _____

Hauptgrund für die Sitzung / Thema:

Bitte beschreiben Sie, was die wichtigste Veränderung ist, die Sie mit der Hypnose erreichen wollen. Beschreiben Sie diese Veränderung so klar und vollständig wie möglich:

Nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und denken über die Vorteile nach, die Sie durch diese wichtige Veränderung in ihrem Leben erreichen. Zum Beispiel: Wie sich diese Veränderung auf Ihre Arbeit auswirkt, Ihr Privatleben, Ihre Beziehungen, wie andere Menschen Sie wahrnehmen, wie Sie sich dadurch fühlen usw.

Bitte schreiben Sie mindestens sieben Vorteile auf. Es ist eine Hilfe, wenn Sie diese Vorteile positiv formulieren, also z.B. statt „Ich habe keine Angst mehr“: „Ich fühle mich frei und sicher.“

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Was ist das Problem, was beschäftigt Sie am meisten?

Beschreiben Sie ein Beispiel:

Beschreiben Sie mir deine körperlichen Symptome (wenn das Problem auftritt):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ Ja ☐ Nein

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

BELEHRUNG UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, über die Hypnose entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

Ich erlaube die Durchführung der Hypnosetherapie. Alle Patienten- und Therapieinhalte sind vertraulich.

Ein Hypnotiseur diagnostiziert keine somatischen Krankheiten und macht keine Heilversprechungen. Auch in meinem Fall ist dies nicht geschehen.

Der Besuch beim Hypnosetherapeuten ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung. Mir wurde in keiner Form oder Art und Weise davon abgeraten ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.

Generell arbeitet der Hypnosetherapeut an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte.

Kontakt per E-Mail (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up) ist erlaubt: ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Unterschrift

PS:

Harte Kontaktlinsen

Bitte nehmen Sie diese vor der Sitzung raus, damit Sie sich besser entspannen können.

Toilette

Vor der Hypnosetherapie falls notwendig bitte noch auf die Toilette gehen.

Kaugummi

Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

Handy

Bitte schalten Sie ihr Handy ganz aus.

Rauschmittel

Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!