Anamnesebogen

Liebe Klientin, lieber Klient,

gerne habe ich einen Hypnosetermin für dich, aber für eine verbindliche Buchung benötige ich noch einige Informationen von dir.
Bitte nimm dir etwas Zeit und fülle alle Felder dieses Fragebogens bestmöglich aus.
Deine Angaben werden selbstverständlich, ebenso wie die Inhalte der Sitzung, vertraulich behandelt.
Du kannst mir diesen Fragebogen unter einer der folgenden Möglichkeiten zurücksenden:

Email: kontakt@psychotherapie-senftenberg.de
oder
persönlich beim Erstgespräch

Vielen Dank!

Kontaktdaten

Vorname: _____

Nachname: _____

Geb.Datum:_____

Wohnort: _____

Straße, Nr:_____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Name der Mutter: _____ ☐ lebt ☐ verstorben

Name des Vaters: _____ ☐ lebt ☐ verstorben

Meine Eltern sind: ☐ zusammen ☐ geschieden

Hast du Kinder? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Geschwister: _____

Geburtsdatum: _____

_____

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden? _____

_____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja

Schläfst du gut? ☐ gut ☐ Normal ☐ Schlecht

Hast du Hypnose schon einmal erlebt? ☐ Nein ☐ Ja

Wer hat dich hypnotisiert? _____

Grund der Hypnose? _____

Glaubst du, dass du wirklich in Hypnose warst? ☐ Nein ☐ Ja

Medizinische Patientengeschichte

Bist du derzeit oder warst du in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie

(seelisch/psychisch oder körperlich)? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, warum? _____

_____

Leidest oder littest du an einer Langzeiterkrankung? Wenn ja, welche? _____

_____

Warst du je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

Diabetes ☐ Nein ☐ Ja

Thrombose ☐ Nein ☐ Ja

Nimmst du zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? _____

_____

Hast du in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht? ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, welche? _____

_____

Ist bei dir eine der folgenden Krankheiten bekannt?

Epilepsie? ☐ Nein ☐ Ja Wann war der Letzte Anfall? _____

Starkes Asthma? ☐ Nein ☐ Ja

Sonstige Anfallserkrankung? ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

_____

Andauernde Schmerzen? ☐ Nein ☐ Ja

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 deine Lebensqualität verbessern?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erhebliche Kreislaufprobleme: ☐ Nein ☐ Ja

Dein Blutdruck ist: ☐ Zu hoch ☐ Normal ☐ Zu niedrig

Ansteckende Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____

_____

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

Wenn ja, welche? _____

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja
Falls ja, welche?

Körperliche oder geistige Behinderungen: ☐ Nein ☐ Ja
Falls ja, welche?

In Behandlung bei Psychiater oder Neurologe: ☐ Nein ☐ Ja
Falls ja, hast du mit diesem über die Hypnosetherapie gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben?

Schwere psychische Erkrankung (Psychose): ☐ Nein ☐ Ja
Falls ja, welche?

Abhängigkeit von Medikamenten: ☐ Nein ☐ Ja
Falls ja, welche?

Drogenabhängigkeit (außer Tabak): ☐ Nein ☐ Ja
Falls ja, welche?

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

Alkoholabhängigkeit: ☐ Nein ☐ Ja

ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung): ☐ Nein ☐ Ja
Falls ja, welche?

Welche beiden Menschen haben dich in deinem Leben am meisten verletzt/enttäuscht?

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere

Falls es infrage kommt, beschreibe kurz:

Hast du Probleme mit/Angst vor:

Strand: ☐ Nein ☐ Ja

Höhe: ☐ Nein ☐ Ja

Wiese: ☐ Nein ☐ Ja

Rolltreppe: ☐ Nein ☐ Ja

Fahrstuhl: ☐ Nein ☐ Ja

Tiere: ☐ Hund ☐ Katze ☐ Andere

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

Wegen welcher Themen/Problemen kommst du in die Hypnosetherapie?

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

Was hast du schon unternommen, um diese Probleme zu lösen/lindern?

☐ Hausarzt ☐ Psychologe ☐ Psychiater ☐ Anderes ☐ Nichts

Ergebnis dieser Behandlungen: _____

_____

_____

_____

Hast du schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht dir das Leben zu nehmen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann? _____

Hauptgrund für die Sitzung/Thema: _____

_____

_____

Bitte beschreibe, was die wichtigste Veränderung ist, die du mit der Hypnose erreichen willst. Beschreibe die Veränderung so klar und vollständig wie möglich:

_____

_____

_____

_____

_____

Nimm dir bitte einige Minuten Zeit und denke über die Vorteile nach, die du durch diese wichtige Veränderung in deinem Leben erreichen möchtest.
Zum Beispiel: wie sich diese Veränderung auf deine Arbeit auswirkt, auf dein Privatleben, auf deine Beziehungen, wie dich andere Menschen wahrnehmen, wie du dich dadurch fühlst usw.

Bitte schreib mindestens sieben Vorteile auf. Es ist eine Hilfe, wenn du diese Vorteile positiv formulierst. 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 dich am meisten?

_____

_____

Beschreibe ein Beispiel:

_____

_____

Beschreibe mir deine körperlichen Symptome, wenn das Problem auftritt:

Wie behindert dich das im privaten und im beruflichen Leben? (bitte so ausführlich wie möglich!)

Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist das Problem, wenn 1 niedrig und 10 extrem stark ist?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr bist du bereit, Veränderungen in deinem Leben zuzulassen? 1-niedrig; 10-extrem stark

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr bist du bereit, mit deiner Vergangenheit Frieden zu schließen? 1-niedrig; 10-extrem stark

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hast du noch Fragen zur Hypnosetherapie? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

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 ist erlaubt: ☐ Nein ☐ Ja

_____ _____

Datum Unterschrift

PS:

Harte Kontaktlinsen
Bitte nimm diese vor der Sitzung heraus, damit du dich besser entspannen kannst.

Toilette
Vor der Hypnosetherapie falls notwendig, bitte noch auf die Toilette gehen, aber auch während der Sitzung ist ein Toilettengang selbstverständlich machbar.

Kaugummi
Bitte den Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

Handy
Bitte schalte das Handy auf komplett lautlos.

Rauschmittel
Kein Alkohol- und Drogenkonsum vor der Sitzung!!!