



Anamnesebogen für die Hypnosebehandlung

Personendaten:

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Behandlungsziele:

Grund des Besuchs:

Hauptziel:

Nebenziele (falls vorhanden):

Seit wann besteht das zu behandelnde Thema?

Wie äußert sich dies im Alltag?

Kann das Problem von außen beeinflusst werden (Situationen)?

Kann das Problem von Personen beeinflusst werden (Familie, Arbeit)?



Gesundheitliche Situation!

- Bestehen derzeit gesundheitliche Probleme? Ja ; Nein
- Epilepsie oder ähnlichen Anfallserkrankungen? Ja ; Nein
- Herzerkrankungen? Ja ; Nein
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems? Ja ; Nein
- Thrombose? Ja ; Nein
- Depressionen? Ja ; Nein
- ADS / ADHS? Ja ; Nein
- Kürzlich vorgefallener Herzinfarkt oder Schlaganfall? Ja ; Nein
- Geistige Behinderung? Ja ; Nein
- Suchterkrankungen (Drogen-, Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit) Ja ; Nein
- Schwangerschaft Ja ; Nein
- Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche (bitte alle angeben)? Ja ; Nein
- Sonstiges?
-
- Wurden Sie schon einmal psychotherapeutisch behandelt? Ja ; Nein
- Wurde das zu behandelnde Thema bereits behandelt? Ja ; Nein
- Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt? Ja ; Nein
- Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja ; Nein



Lebensgewohnheiten!

Rauchen Sie?

Ja ; Nein wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol?

Ja ; Nein wenn ja, wie häufig und wie viel?

Nehmen Sie Drogen oder haben Sie früher Drogen eingenommen? Ja ; Nein

Bewerten Sie ihr Stresslevel: 0 = Min bis 10 = Max?

Was verursacht den Stress?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja ; Nein

Haben Sie feste Schlafenszeiten? Ja ; Nein

Wie ist Ihre Ernährung (regelmäßig / gesund / ausgewogen)?

Befinden Sie sich in einer Beziehung? Ja ; Nein

Bestehen hier oder generell im familiären Bereich im Moment Belastungen?

Ja ; Nein

Wenn ja, welche?



Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Ja ; Nein

Haben Sie Angst vor dem Fliegen? Ja ; Nein

Haben Sie Höhenangst? Ja ; Nein

Haben Sie Angst vor Wasser? Ja ; Nein

Können Sie schwimmen? Ja ; Nein

Haben Sie Allergien? Ja ; Nein

Gibt es etwas, was ich besonders beachten sollte (sollte ich etwas unbedingt tun oder sollte ich etwas unbedingt vermeiden)?

Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers