



HYPNOSEFEELING.DE

*Liebe Klientin, lieber Klient,*

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!

*Vielen Dank!*

## **Kontaktdaten**

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil : \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

*Bitte gib nur Telefonnummern und E-Mail-Adressen an, bei denen ich Mich als Dein Hypnotiseur zu erkennen geben kann.*

## **Datum und Uhrzeit des vereinbarten** \_\_\_\_\_

### **Termins:**

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

Schlafen / Entspannen:  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?  Ja  Nein  Weiß nicht

Wieso hast du diese Annahme?

---

---

### **Medizinische Klientengeschichte**

Bist du derzeit oder warst du in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)?  Ja  Nein

Wenn ja: warum?

---

---

Leidest/Littest du an Langzeiterkrankungen?  Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein

Wen ja: welche?

---

---

Warst du je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Thrombose  Ja  Nein

Nimmst du zurzeit Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, warum und welche?

---

---

Hast du in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht?  Ja  Nein  
Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

---

**Ist bei dir 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 deine Lebensqualität verbessern:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erhebliche Kreislaufprobleme:  Ja  Nein

Dein 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, hast du 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 dich in deinem Leben am meisten verletzt/enttäuscht:

Mutter  Vater  Andere: \_\_\_\_\_

Hast du ein Problem mit/Angst vor:

Strand:  Ja  Nein      Fahrstuhl:  Ja  Nein

Höhe:  Ja  Nein      Tiere:  Hund  Katze

Wiese:  Ja  Nein       Anderes: \_\_\_\_\_

Rolltreppe:  Ja  Nein

Gab es einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff:  Ja  Nein

Wegen welchen Themen/Problemen kommst du in die Hypnosetherapie?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

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

Nichts  Hausarzt  Psychologe  Psychiater  Kinesiologie

Anderes: \_\_\_\_\_

Ergebnis dieser Behandlungen:

---

---

---

Hast du schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht dir das Leben zu nehmen:

Ja  Nein – Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Hauptgrund für die Sitzung / Thema:

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

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

Bitte schreibe 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 Alltag, im beruflichen Leben, im Leben?  
(Bitte so ausführlich wie möglich!)

---

---

---

Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist dein Problem (1 = niedrig; 10= extrem stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr bist du bereit, Veränderungen in deinem Leben zuzulassen? (1= wenig, 10= viel)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr bist du bereit, mit deiner Vergangenheit Frieden zu schließen?  
(1=wenig, 10= sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Hast du noch Fragen zur Hypnose?**  Ja  Nein

Wenn 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 Hypnose durchzuführen.

Alle Inhalte dieses Fragebogen und der Hypnose sind vertraulich.

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

Der Besuch beim Hypnotiseur 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.

Mir ist bewusst, dass generell an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte gearbeitet wird.

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

---

Datum

---

Unterschrift

PS:

**Harte Kontaktlinsen**

Bitte nimm diese vor der Sitzung raus, damit du dich besser entspannen kannst.

**Toilette**

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

**Kaugummi**

Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

**Handy**

Bitte schalte dein Handy ganz aus.

**Rauschmittel**

Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!