



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):

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

[illegible]

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 Fragebogens und der Hypnose sind vertraulich.

Ein Hypnotiseur diagnostiziert keine somatischen Krankheiten und macht keine Heilversprechungen. 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!