



FRAGEBOGEN ZUR GEWICHTSREDUKTION UND „HYPNOTISCHES MAGENBAND“

Anamnese / Erfassungsbogen zur Hypnose-Sitzung



Damit wir optimal für unsere Sitzungen vorbereitet sind, um in Ruhe gründlich auf dein Thema zu schauen und effektiv arbeiten zu können, bitte ich dich mir diesen Fragebogen

VORAB per eMail zuzusenden
(am besten 2-3 Tage vor Beginn der ersten Sitzung).

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte nimm dir Zeit für die Beantwortung
und passe den Umfang Ihrer Antworten soweit möglich der Größe der Felder an.

LebensKraft – Praxis für Psychotherapie

MENZINGER STR. 68 | 80992 MÜNCHEN

Daniela Smid | Heilpraktikerin für Psychotherapie

FRAGEBOGEN – GEWICHTSREDUKTION & „HYPN. MAGENBAND“

I. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Anrede (Frau/Mann/Divers/Titel)

Name, Vorname

Geburtsdatum Alter:

E-Mail

Telefonnummer

Geschlecht

Größe Gewicht BMI.....

II. THEMA, BESCHWERDEN, SYMPTOME

Wurde in der Vergangenheit einmal eine Essstörung diagnostiziert?

- Nein
- Ja, Datum
- Ja, Art der Störung (z.B. *Anorexia Nervosa/Bulemie/Adipositas*)

Warum möchtest du abnehmen?

.....

.....

Was ist dein Ziel-Gewicht?

Haben du schon einmal selbst eine oder mehrere Diäten durchgeführt?

(Wenn ja, mit welchen Ergebnissen bzw. welchem Verlauf?) – bitte ankreuzen!

- dabei abgenommen
- wieder zugenommen
- Jojo-Effekt

Hat bei einer Diät etwas besonders gut gewirkt? (falls ja, was?)

.....

.....

Haben du schon einmal eine Ernährungsberatung in Anspruch?

- Nein
- Ja, Datum

FRAGEBOGEN – GEWICHTSREDUKTION & „HYPN. MAGENBAND“

Weißt du, wie du dich eigentlich ernähren solltest und weichst du davon ab oder hast du noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte? Nein Ja

Hattest du schon einmal eine Figur, mit der du aus heutiger Sicht zufrieden wärst?

- Wenn ja, wann und wie war diese Figur im Vergleich zu heute?

.....

.....

- War diese Figur „von selbst“ da oder musstest du auch damals etwas dafür tun?

.....

- Gab es früher figutförderliche Einflussfaktoren (z.B. Sport), die heute nicht mehr vorhanden sind?

.....

Hast du relativ plötzlich zugenommen oder verlief die Gewichtszunahme „schleichend“?

Plötzlich „schleichend“

Hat sich in der Phase als du zugenommen hast etwas in Ihrem Leben verändert oder ist in dieser Phase etwas Auffälliges geschehen, was mit dem Gewicht in Verbindung stehen könnte?

.....

.....

Verbindest du mit der Zeit, in der du zugenommen hast bestimmte Gefühle?

(z.B. Stress, Trauer, Ärger, Bequemlichkeit, Glück, Schuld usw.)

.....

.....

III. ESSVERHALTEN

Welche Nahrungsmittel (Hauptmahlzeiten) genießt du im Alltag am liebsten und am regelmäßigsten?

.....

Mit Welchen Nahrungsmitteln „sündigst“ du am häufigsten?

.....

FRAGEBOGEN – GEWICHTSREDUKTION & „HYPN. MAGENBAND“

Seite 3 von 7

Hast du ein bestimmtes Nahrungsmittel, dass du als „Problemnahrungsmittel“ ansiehst, dass du gerne gar nicht mehr zu dir nehmen würdest, von dem du aber nicht lassen kannst? (z. B. Schokolade)

.....

Wie sieht dein generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag aus? (typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit?)

◦ Morgens:

.....

.....

◦ Mittags:

.....

.....

◦ Nachmittags:

.....

.....

◦ Abends:

.....

.....

◦ Nachts:

.....

.....

◦ **Gibt es Tage, die stark von diesem Schema abweichen? (In welcher Form und warum?)**

.....

.....

Hast oder hattest du öfter die Situation, dass du den Tag über versuchst, Diät zu halten und dann am Abend nachgibst und (ggf. übermäßig) sündigst? (Bspw. den ganzen Tag nur Salat und Knäckebrot, dann abends eine Schachtel Pralinen)? Nein Ja

FRAGEBOGEN – GEWICHTSREDUKTION & „HYPN. MAGENBAND“

IV. ESSGEWOHNHEITEN

Hast du jemals Essen bewusst als Belohnung oder Trost eingesetzt? *(Wenn ja, wann und wie?)*

.....

.....

Hast du oft Situationen, in denen du aus gesellschaftlichen Gründen essen „musst“?
(Geschäftssessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)

.....

.....

Wird in deinem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert?
(Hobby-Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs, grillt gerne etc.)

.....

.....

Wirst du häufig mit Essen konfrontiert?
(z. B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)

.....

.....

Isst du, um etwas zu vergessen bzw. dich abzulenken? *(Wenn ja, wann und wie?)*

.....

.....

Isst du, auch wenn du nicht hungrig bist? *(Wenn ja, wie und warum?)*

.....

.....

Isst du, wenn du müde bist? *(z.B. abends vor dem Fernseher, wenn der Organismus sich auf die Nacht vorbereitet und der Blutzuckerspiegel absinkt)* *(Wenn ja, wann und wie?)*

.....

.....

FRAGEBOGEN – GEWICHTSREDUKTION & „HYPN. MAGENBAND“

Isst du aufgrund von „Ritualen“? (z.B. Kuchen zum Kaffee am Nachmittag oder ein Kaffeestückchen in der morgendlichen Kaffeepause als Genuss obwohl kein Hunger vorhanden ist)

Nein Ja

Isst du deinen Teller leer, auch wenn du nicht mehr hungrig bist? Nein Ja

V. ESSHINTERGRÜNDE

Kennst du das Gefühl von „Futterneid“? (also bspw. wenn jemand anderes am Tisch oder im Restaurant etwas scheinbar leckereres oder mehr auf seinem Teller hat als du selbst)

Nein Ja

Bist du oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit? Nein Ja

Gibt es momentan auffälligen Stress in deinem Leben? Nein Ja

Gibt es momentan problematische Beziehungen in deinem Leben? Nein Ja

Treibst du Sport bzw. bewegen du dich regelmäßig?

(Wenn ja, in welcher Form, in welcher Intensität und wie lange und oft pro Woche?)

.....
.....

Wie viel Wasser trinkst du täglich?

Rauchst du? (Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?)

Waren oder sind andere Menschen in deiner Familie übergewichtig? (genetische Prädisposition?)

.....
.....

Nimmst du zurzeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen ein?

(z.B. Beta-Blocker, Cortison? Wenn ja, ist dir bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist?)

.....
.....

Hast du eine Erkrankung, von der bekannt ist, dass sie sich auf das Gewicht auswirken kann?

(Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.)

.....
.....

FRAGEBOGEN – GEWICHTSREDUKTION & „HYPN. MAGENBAND“

VI. PROBLEME BEIM ABNEHMEN

Was glaubst du, ist das Hauptproblem, warum du nicht dauerhaft aus eigener Kraft abnehmen kannst?

.....

.....

Bitte schätze anhand einer Schulnoten-Skala von 1 – 6 ein, wie zuversichtlich du derzeit wärst, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also auch ohne Unterstützung durch Hypnose) dein Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:

(1 = sehr gut; 6 = überhaupt nicht)

- Bei einer Einladung in ein Restaurant 1 2 3 4 5 6
- Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem großen Wochenendeinkauf 1 2 3 4 5 6
- Wenn du weißt, dass etwas von deiner Lieblings-Süßigkeit im Schrank ist 1 2 3 4 5 6
- Im Beisein anderer, wenn diese viel essen 1 2 3 4 5 6
- Bei Angst und Nervosität 1 2 3 4 5 6
- Bei Ärger über etwas oder jemanden 1 2 3 4 5 6
- Bei Konzentrationsverlust (evtl. Hinweis auf Unterzuckerung infolge einer Insulinresistenz) 1 2 3 4 5 6
- Wenn du dich für etwas belohnen willst 1 2 3 4 5 6
- Bei Stress, um zu entspannen 1 2 3 4 5 6
- Wenn du eine Pause von einer Tätigkeit machst 1 2 3 4 5 6
- Bei leichten Hungergefühlen 1 2 3 4 5 6
- Bei Appetit am Abend (z.B. auf dem Sofa) 1 2 3 4 5 6
- Nach dem Genuss von Alkohol 1 2 3 4 5 6

VII. BEHANDLUNG, HYPNOSE, SCHWERPUNKT-THEMA

Hast du noch einen besonderen Wunsch an die Hypnose?

(Möchtest du noch etwas integrieren, das dir wichtig ist?)

.....

.....

Wo hast du selbst den Eindruck, dass die Wirkung der Hypnose dich am besten unterstützen könnte? Soll dein Unterbewusstsein über das Besprochene hinaus einen besonderen Schwerpunkt auf etwas Bestimmtes legen? *(bitte ankreuzen!)*

- Um deine körperlichen Voraussetzungen zu unterstützen, damit dein Stoffwechsel und Wasserhaushalt aktiviert und reguliert wird

FRAGEBOGEN – GEWICHTSREDUKTION & „HYPN. MAGENBAND“

- Schwerpunkt Ernährung (Verbesserung der Ernährung)
 - schnelle Sättigung
 - mehr Willensstärke
 - Widerstehen von „deinen“ Dickmachern
 - Um Süßigkeiten widerstehen zu können
 - Um ein gesünderes Essverhalten annehmen zu können
 - Um gesündere / figurfreundlichere Nahrungsmittel besser genießen zu können

- Sportmotivation (um sich mehr zu bewegen / Sport zu treiben)

- Einhaltung eines Ernährungsplans
 - Unterstützung bei deinen Diät-Konzepten
 - Um einen Ernährungsplan oder Intervallfasten besser durchhalten zu können

- Umgang mit Stressessen (Stress-Essen abstellen)

VIII. SONSTIGES

Gibt es sonst noch etwas, was du mir mitteilen möchtest oder was ich wissen sollte?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IX. BESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.
Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Klient:in