

AUFNAHMEBOGEN

für Klienten

AUFNAHMEBOGEN

Liebe Klientin, lieber Klient,

gerne habe ich einen Hypnosetermin für Sie vorgemerkt. Für die verbindliche Buchung benötige ich noch einige Informationen von Ihnen.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen alle Felder dieses Fragebogens bestmöglich aus. Ihre Angaben werden selbstverständlich, ebenso wie die Inhalte der Sitzung, vertraulich behandelt!

Sie können mir diesen Fragebogen unter einer der folgenden Möglichkeiten zurück senden:

Mail: info@hypnose-goe-wiz.de

Post: Wartebergstr. 8, 37213 Witzhausen

Vielen Dank!

Kontaktdaten

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil : _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Bitte geben Sie nur Telefonnummern und E-Mail-Adressen an, bei denen ich mich als ihr Hypnotiseur zu erkennen geben darf.

Name der Mutter: _____ lebt verstorben

Name des Vaters: _____ lebt verstorben

Meine Eltern sind: zusammen geschieden

Haben Sie Kinder? Nein Ja: _____

Geschwister: _____

Geburtsdatum: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Schlafen / Entspannen: gut normal schlecht

Haben Sie Hypnose schon einmal erlebt? Nein Ja

Wer hat Sie hypnotisiert: _____

Grund der Hypnose: _____

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? Ja Nein Weiß nicht
Wieso haben Sie diese Annahme?

Medizinische Patientengeschichte

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? Ja Nein

Wenn ja: warum?

Leiden/Litten Sie an Langzeiterkrankungen? Ja, seit: _____ Nein
Wenn ja: welche?

Waren Sie je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Thrombose Ja Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, warum und welche?

Haben Sie in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht? Ja Nein
Falls ja, welche:

Ist bei Ihnen 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 Ihre Lebensqualität verbessern:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erhebliche Kreislaufprobleme: Ja Nein

Ihr 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, haben Sie mit diesem über die Hypnose 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 Sie in ihrem Leben am meisten verletzt/enttäuscht:

Mutter Vater Andere: _____

Haben Sie 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

Weswegen kommen Sie zu mir?

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

Was haben Sie schon unternommen, um diese Probleme zu lösen/lindern?

Nichts Hausarzt Psychologe Psychiater Kinesiologie

Anderes: _____

Ergebnis dieser Behandlungen:

Haben Sie schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht sich das Leben zu nehmen?

Ja Nein – Wenn ja, wann: _____

Hauptgrund für die Sitzung / Thema:

Bitte beschreiben Sie, was die wichtigste Veränderung ist, die Sie mit der Hypnose erreichen wollen. Beschreiben Sie diese Veränderung so klar und vollständig wie möglich:

Nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und denken über die Vorteile nach, die Sie durch diese wichtige Veränderung in ihrem Leben erreichen. Zum Beispiel: Wie sich diese Veränderung auf Ihre Arbeit auswirkt, Ihr Privatleben, Ihre Beziehungen, wie andere Menschen Sie wahrnehmen, wie Sie sich dadurch fühlen usw.

Bitte schreiben Sie mindestens sieben Vorteile auf. Es ist eine Hilfe, wenn Sie diese Vorteile positiv formulieren.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Was beschäftigt Sie am meisten?

Beschreiben Sie ein Beispiel:

Wie reagieren Sie darauf, wie reagiert der Körper?

Wie behindert Sie das im Alltag, im beruflichen Leben, im Leben?
(Bitte so ausführlich wie möglich!)

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr sind Sie bereit, Veränderungen in ihrem Leben zuzulassen? (1 = wenig, 10 = viel)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr sind Sie bereit, mit ihrer Vergangenheit Frieden zu schließen?
(1 = wenig, 10 = sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie noch Fragen zur Hypnose? Ja Nein

Wenn ja, welche?

PS:

Harte Kontaktlinsen

Bitte nehmen Sie diese vor der Sitzung raus, damit Sie sich besser entspannen können.

Toilette

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

Kaugummi

Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

Handy

Bitte schalten Sie ihr Handy ganz aus.

Rauschmittel

Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!

