

Sandra Weißflor

Heilpraktikerin für Psychotherapie

E-Mail: hypnose@sandraweissflor.de

Telefon: 01520 944 1744

Praxis für Hypnose-therapie

ANAMNESEBOGEN

Für unsere Hypnosesitzung benötige ich noch einige Informationen.

Die Beantwortung dieser Fragen ermöglicht mir als Therapeutin einen Einblick in Ihre Lebensgeschichte, Ihre persönlichen Lebensumstände sowie Ihre aktuellen Schwierigkeiten.

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

behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Sie können mir den Fragebogen unter einer der folgenden Möglichkeiten zurücksenden:

E-Mail: hypnose@sandraweissflor.de

Praxis: **Buckower Straße 59**
14715 Nennhausen

Vielen Dank!

Kontakt Daten und allgemeine Angaben

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße u. Hausnr: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Geb.ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

E-Mail: _____

Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

Aktuelle Beschäftigung: _____

Erlerner Beruf: _____

Familienstand:

Ledig mit festem/r Partner/in seit _____

Verheiratet seit _____ Getrennt lebend seit _____

Verwitwet seit _____ Geschieden seit _____

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

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Name der Mutter: _____ lebt verstorben

Name des Vaters: _____ lebt verstorben

Meine Eltern sind: zusammen geschieden

Haben Sie Kinder? Nein Ja

Geschwister: _____

Besteht eine Schwangerschaft: Nein Ja _____

Schlafen/ Entspannen: gut normal schlecht

Haben Sie Hypnose schon einmal erlebt? Nein Ja

Wer hat Sie hypnotisiert? _____

Was war der Grund der Hypnose? _____

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? Nein Ja Weiß nicht

Warum 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/ sind Sie 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 Falls 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 Ihre Schmerzen? (1 = niedrig, 10 = stark)

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 usw.): Ja Nein
Falls ja, welche:

Herz-Erkrankungen: Ja Nein
Falls ja, welche:

Probleme mit Schultern, Armen, Nacken, Händen oder 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/ Neurologe: Ja Nein
Falls ja, haben Sie mit diesem über die Hypnosebehandlung 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 der letzten Woche: Ja Nein

Alkoholabhängigkeit: Ja Nein
Wie oft trinken Sie Alkohol?

ADS/ ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störungen): Ja Nein
Falls ja, welche:

Welche Menschen haben Sie in Ihrem Leben am meisten verletzt/ enttäuscht?

Mutter Vater Andere _____

Haben Sie ein Problem mit/ Angst vor:

Strand	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fahrstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Höhe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tiere	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze
Wiese	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Anderes	_____	
Rolltreppe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Wald	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Gab es Missbrauch oder (sexuellen) Übergriff/e?

Wegen welchen Themen/Problemen kommen Sie in die Hypnosetherapie?

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

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

Nichts Hausarzt Psychologe Psychiater Kinesiologie

Anderes: _____

Ergebnis der Behandlungen: _____

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

Nein 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, 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 Sie am meisten?

Beschreiben Sie ein Beispiel:

Beschreiben Sie mir Ihre körperlichen Symptome (wenn das Problem auftritt):

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

Auf einer Skala von 1 bis 10 – Wie stark ist Ihr Problem? (1 = wenig, 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:

BELEHRUNG UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, über die Hypnose entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

Ich erlaube die Durchführung der Hypnosetherapie. Alle Patienten- und Therapieinhalte sind vertraulich.

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

Der Besuch beim Hypnosetherapeuten 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.

Generell arbeitet der Hypnosetherapeut an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte.

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

Datum

Unterschrift

Hinweise:

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!