

Anamnesebogen

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 Sie alle Felder dieses Fragebogens bestmöglich aus.

Ihre Angaben werden selbstverständlich ebenso wie die Inhalte der Sitzung vertraulich behandelt!

Sie können mir diesen Fragebogen unterschrieben mit den folgenden Möglichkeiten zurücksenden:

Per mail: info@hypnose-weinengel.de

Per whatsapp: +49 171 4454403

Per Post: Christl Wein-Engel,

Kontaktdaten:

Vorname: _____

Nachname: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße und Hausnr.: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Beruf: _____

Datum/ Uhrzeit des vereinbarten Termins: _____

Name der Mutter: _____ lebt verstorben

Name des Vaters: _____ lebt verstorben

Meine Eltern sind: zusammen getrennt geschieden

Hast Du 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 Klientengeschichte

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie, seelisch oder körperlich?

Nein Ja

Wenn ja, warum? _____

Leiden oder litten Sie an Langzeiterkrankungen?

Nein Ja, seit _____

Wenn ja, welche?: _____

Waren Sie je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten Nein Ja

Diabetes Nein Ja

Thrombose Nein Ja

Nehmen Sie derzeit Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, warum und welche? _____

Haben Sie in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht?

Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie Nein Ja, der letzte Anfall war _____

Asthma Nein Ja

Sonstige Anfallserkrankungen Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Haben Sie andauernde Schmerzen? Nein Ja

Wenn 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

Haben Sie erhebliche Kreislaufprobleme: Nein Ja

Mein Blutdruck ist : normal zu hoch zu niedrig

Ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV, etc.): Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Probleme mit Schultern, Nacken, Armen, Händen oder Handgelenken?

Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen? Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Körperliche oder geistige Behinderung? Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

In Behandlung bei Psychiater oder Neurologe? Nein Ja

Falls ja, haben Sie mit diesem über die Hypnose gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben?:

Schwere psychische Erkrankung (Psychose)? Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Abhängigkeit von Medikamenten? Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Drogenabhängigkeit außer Tabak? Nein Ja

Wenn ja, welche?: _____

Cannabiskonsum innerhalb der letzten Woche? Nein Ja

Alkoholabhängigkeit? Nein Ja

ADS, ADHS oder HKS (hyperkinetische Störung): ? Nein Ja

Wenn 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 Nein Ja

Fahrstuhl Nein Ja

Höhe Nein Ja

Rolltreppe Nein Ja

Wiese Nein Ja

Tiere Hund Katze

Andere: _____

Gab es einen sexuellen Mißbrauch oder Übergriff? Nein Ja

Wegen welchen Themen kommen Sie in die Hypnosebehandlung?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Seit wann besteht das Thema, das Problem? Seit _____

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

Nichts Hausarzt Psychologe Psychiater Kinesologie

Anderes _____

Ergebnis dieser Behandlung:_____

Gab es eventuell einen Auslöser? Oder vermuten Sie selbst Auslöser?

Haben Sie schon einmal ernsthaft daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

Nein Ja Wann war das?_____

Der Hauptgrund, das Hauptthema für diese Sitzung ist:

Bitte beschreibe, was die Wichtigste Veränderung ist, die Du mit der Hypnose erreichen willst.

Beschreibe die Veränderung so klar und vollständig wie möglich!

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

Schreiben Sie mindestens 7 Vorteile auf!

Es ist wichtig, diese Vorteile „positiv“ zu 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 die körperlichen Symptome (wenn das Problem auftritt):

Was behindert Sie im Alltag, im beruflichen Leben?
Bitte so ausführlich wie möglich!

Auf einer Skala von 1 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, Frieden zu schließen mit Ihrer Vergangenheit ?
(1 = wenig, 10 = sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hast Du noch Fragen zur Hypnose? Nein Ja

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 hiermit 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 mail zwecks Qualitätskontrolle und Follow Up ist erlaubt:

Nein Ja

Datum

Unterschrift

PS:

Harte Kontaktlinsen

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

Toilette

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

Handy

Bitte schalten Sie Ihr Handy ganz aus.

Rauschmittel

Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!

Auch auf Cafe ist zu verzichten, denn er kann die Tiefe der Hypnose beeinträchtigen.