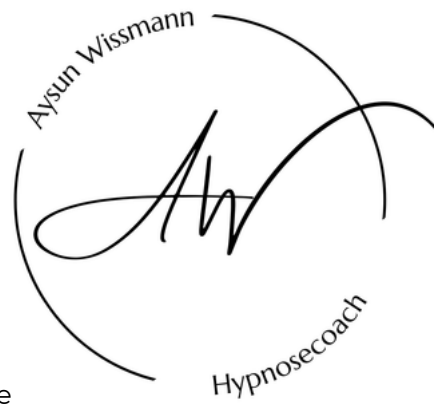


# ANAMNESEBOGEN

---

## HYPNOSE



Die erfassten Daten werden ausschließlich verwendet, um Ihnen meine Hypnosetherapie-Dienstleistungen anbieten zu können. Bitte beachten Sie meine AGB und die Datenschutzerklärung. Bei Fragen erreichen Sie mich gerne unter der Telefonnummer 0157 35252944

Anrede

---

Vorname, Nachname

---

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer, Wohnort

---

Telefonnummer

---

E-Mail

---

Erlerner Beruf

---

Ausgeübter Beruf

---

Familienstand

---

Vorname des Partners/der Partnerin

---

Namen und Alter der Kinder

---

---

Wie alt waren Ihr Vater und Ihre Mutter bei Ihrer Geburt?

---

---

Sind Ihnen Besonderheiten in der Schwangerschaft (Ihrer Mutter) bekannt?

Nein / weiß ich nicht  Ja

Wenn ja:  Stress  Angst / Trauer  Krankheit  besondere Umstände

Wie verlief die Geburt?

Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke / Zange  Einleitung  Notfall

unbekannt

Gab es Besonderheiten nach der Geburt?

Frühgeburt  Trennung  Inkubator  Anpassungsschwierigkeiten

unbekannt

Leben Ihre Eltern noch? Wenn nein, wann sind sie gestorben?

---

---

Nennen Sie Ihre Geschwister mit Namen und Altersunterschied (Bsp. Max, 3 Jahre)

---

---

---

Haben Sie Vorerfahrung mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden?

Hypnose     Selbsthypnose     Entspannungsmethoden

Erzählen Sie mir etwas über die Anzahl der Sitzungen und welchen Erfolg diese hatten:

---

---

---

Benennen Sie Ihr Problem:

---

---

Beschreiben Sie Ihr Problem:

---

---

Erzählen Sie mir in Stichpunkten, wann das Problem auftritt:

---

---

---

Wann wird das Problem stärker oder schwächer?

---

---

---

Was wird durch das Problem/die Krankheit (in Ihrem Leben) verhindert?

---

---

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

---

---

Wozu zwingt Sie das Problem/die Krankheit?

---

---

Welche Diagnosen wurden bei Ihnen in der Vergangenheit gestellt?

---

---

Vorbehandlungen (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg)

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, etc.)

---

---

Wie lange und wie oft nehmen Sie diese ein?

---

---

Welches Behandlungsziel haben Sie?

---

---

Woran können Sie zweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

---

---

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie ihr Problem überwunden haben?

---

---

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen? Beispiel Übergewicht: - Bewegungsmangel -> regelmäßige Spaziergänge (Wandern, Fitnessstudio besuchen etc.) - Ungesunde Ernährung: zu fettes Essen, zu viele Süßigkeiten -> stattdessen mehr Obst und Gemüse essen - Ich koche wie meine Mutter -> gesundheitsbewusstes Kochbuch kaufen und einige neue Rezepte ausprobieren - Häufig Fastfood -> in anderen Restaurants essen (hier Namen der Restaurants schreiben) Testsituationen: Überlegen Sie sich bitte konkrete Situationen, in denen Sie sich unmittelbar nach der Behandlung davon überzeugen können, dass Ihr Problem nicht mehr besteht, bzw. deutlich vermindert ist. Beispiele: - Bei Platzangst oder Angst in Menschenmassen: sich engen Räumen und/oder einem Menschengedränge aussetzen, z.B. in einem Kaufhaus. - Panik beim Autofahren: Fahrt mit dem PKW alleine durch die Stadt und auf der Autobahn. Es sollten reale Situationen sein, die Sie vorher nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten bewältigen konnten.

---

---

---

---

Was ist für Sie das Allerwichtigste im Leben?

(Gemeint ist nicht das Therapieziel, sondern Ihr Lebenssinn oder Werte wie: harmonische Partnerschaft, beruflicher Erfolg, etc.)

---

---

Größtes Hobby/größte Leidenschaft:

---

---

Glauben Sie an eine höhere Kraft?

Die Einen nennen es „Gott“, die Anderen „kosmisches Bewusstsein“. Auch und gerade moderne Wissenschaftler kommen immer wieder zu dem Schluss, dass es eine höhere Kraft im Universum geben muss, und dass sich nicht alles rein wissenschaftlich erklären lässt. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Menschen mit einem Glauben oder auch mit einem spirituellen Hintergrund bisweilen zusätzlich von der Behandlung profitieren, wenn die Möglichkeiten genutzt werden, die sich aus ihrem Glauben bzw. ihrer Weltsicht ergeben. Bisweilen finden sich Lösungsansätze, die für Menschen ohne diese Sichtweise nicht verfügbar sind. Falls diese Aspekte einmal in einer Behandlung eine Rolle spielen, sind die Wirkungen erfahrungsgemäß intensiv und teilweise lebensverändernd.

Diese Frage zielt NICHT darauf ab, ob Sie katholisch, evangelisch oder in einem anderen Glauben erzogen wurden. Es geht um IHR PERSÖNLICHES Bild. Wenn diese Frage auf Sie zutrifft, schildern Sie bitte kurz Ihre Sichtweise, so dass dieses Wissen als mögliche zusätzliche Ressource für eine kraftvolle Veränderungsarbeit zur Verfügung steht.

---

---

---

---

---

---

---

Wenn die Ursachen einer Erkrankung aufgelöst (und keine irreversiblen Schäden eingetreten) sind, geschieht Heilung. Wenn keine Heilung eintritt, kann das u.a. daran liegen, dass die Heilung Konsequenzen nach sich zieht, die man bewusst oder unbewusst vermeiden will. Es kann also sein, dass der sekundäre Gewinn stärker ist als der primäre Schmerz.

In diesem Fall ist es sehr wichtig, diese Verhinderungsgründe in die Behandlung mit einzubeziehen. Auch wenn es eher um eine Ausnahme handelt, empfehle ich Ihnen, folgende Fragen gründlich zu durchdenken und zu beantworten, um Heilungshindernisse bereits im Vorfeld erkennen zu können. Die kann manchmal ausschlaggebend sein für den Erfolg einer Behandlung.

Was werde ich verlieren, wenn ich gesund werde/meine Beschwerden loswerde?

Beispiele:

- Verlust materieller Dinge (z.B. Rente, finanzielle Entschädigungen, Privilegien)
- Immaterielle Dinge (z.B. intensive Zuwendung durch die Familie oder Freunde, die ich nur erhalte wenn/weil ich so krank bin)
- Angst, wieder arbeiten gehen zu müssen und davor den Anforderungen nicht mehr gerecht zu werden oder sowieso nicht mehr vermittelt zu werden
- Angst sich einem bestimmten Problem stellen zu müssen

---

---

---

---

---

---

---

---

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

---

---

---

---

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?

---

---

Folgende Indikationen gelten als Kontraindikationen für eine Hypnosetherapie und benötigen einer vorherigen Rücksprache:

Leiden Sie unter einer Anfallskrankheit? Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Herzinfarkt? Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Schlaganfall? Ja  Nein

Haben Sie andere Herzerkrankungen? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Thrombose? Ja  Nein

Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine psychische Erkrankung? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



Besteht eine Schwangerschaft? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in  
psychotherapeutischer Behandlung? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

Wenn ja, was ist der Grund dafür?

---

---

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

---

Datum / Unterschrift des Klienten