

Anamnesebogen „Basis“

Personendaten	
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	
Beziehungsstatus:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Beziehung
Größe:	
Gewicht:	

Behandlungsziele:	
-------------------	--

Grund des Besuchs:	Gewichtsreduktion mit Hypnose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (ergänzender Fragebogen)
	Raucherentwöhnung mit Hypnose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (ergänzender Fragebogen)
	Burnout – Stressprävention	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (ergänzender Fragebogen)

Hauptziel der (Hypnose) Behandlung:

Nebenziele der (Hypnose) Behandlung (falls vorhanden):

Seit wann besteht das zu behandelnde Thema?

Wie äußert es sich genau?

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse)?

Anamnesebogen „Basis“

Haben irgendwelche Personen Einfluss auf das Behandlungsthema (Partner, Kollegen, Chef, Familie)?

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie war das, wie ist der Kollege vorgegangen?

Nein Ja

Haben Sie selbst Kenntnisse in einer Therapie- oder Coaching-Methode oder in einer meditativen Anwendung (NLP, Mentaltraining, Selbsthypnose, Yoga u.ä.) und dadurch ggf. auch Trance-Erfahrung?

Nein Ja, welche:

Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? (siehe Aufklärungsbogen für Hypnose)

Nein Ja

Wie stellen Sie sich eine Hypnosebehandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor? Gibt es etwas, was der Behandler besonders beachten sollte (sollte er etwas unbedingt tun oder sollte er etwas unbedingt vermeiden)?

Drogen, Medikamente

Medikamente:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Drogen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Alkohol:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wieviel:
Kaffee:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wieviel:
Nikotin:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wieviel:
Ärztl. Untersuchungen in den letzten 6 Monaten:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo:

Psyche

Stimmung:	
Suizidgedanken:	
Antrieb/Energie:	
Konzentrationsfähigkeit:	
Ängste:	
Gedankenkreisen/ Grübeln:	
Gefühl der Gefühllosigkeit:	

Anamnesebogen „Basis“

körperliche Beschwerden	
Bewegungsapparat:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Organe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Herz, Kreislauf:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Vorerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Unverträglichkeiten, Allergien:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Sonstiges:	

Ernährung	
Frühstück:	
Mittagessen:	
Abendessen:	

soziale Kontakte	
Freunde:	
Hobbys:	
Sport:	
Besondere Belastungen in den letzten Monaten:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:

Stammfamilie	
Vater:	
Mutter:	
Geschwister:	

Kognition	
Glaubenssätze, die zu Antreibern wurden:	
Allgemeine Glaubenssätze:	
Entspannung:	
Soziales/Sport:	

Anamnesebogen „Basis“

Persönlichkeit

- introvertiert, extrovertiert, kontaktfreudig, kontaktscheu, ängstlich, selbstbewusst,
 Minderwertigkeitskomplexe, unsicher, optimistisch, pessimistisch, skeptisch, gutgläubig,
 zielorientiert, chaotisch, strukturiert, ordentlich, unordentlich, emotional, sachlich,
 spontan, überlegt, zuverlässig, unzuverlässig, ausgeglichen, unausgeglichen,
 willensstark, willensschwach, diszipliniert, undiszipliniert, harmoniebedürftig,
 streitlustig, konfliktscheu, dominant, schüchtern, durchsetzungsfähig,
 Abgrenzungsschwierigkeiten, entscheidungsfreudig, Entscheidungsschwierigkeiten,
 verantwortungsbewusst, leichtfertig, perfektionistisch, nachlässig
Selbstkontrolle: hoch, mittel, niedrig
Fremdkontrolle: hoch, mittel, niedrig
Kontrollbedürfnis: hoch, mittel, niedrig

Arbeit/Alltag

- Berufswahl: Traumberuf, zufrieden, sehr unzufrieden
Arbeitsumfeld: sehr gut, gut, zufrieden, sehr unzufrieden
Arbeitsbedingungen: sehr gut, gut, zufrieden, sehr unzufrieden
Zusammenarbeit mit Kollegen: sehr gut, gut, zufrieden, sehr unzufrieden
Zusammenarbeit mit Vorgesetzten: sehr gut, gut, zufrieden, sehr unzufrieden

Besondere Belastungen im Alltag

- Kinder, Haushalt, pflegebedürftige Person im Haushalt, Konflikte, Trennung, Doppelbelastung

Sonstiges

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