

## Aufnahmebogen

**Liebe Klientin, lieber Klient,**

gerne habe ich einen Termin für Sie vorgemerkt. Ich benötige aber noch einige Informationen von Ihnen. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen alle Felder dieses Fragebogens bestmöglich aus. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Bitte senden Sie mir diesen Fragebogen **innerhalb einer Woche** an die folgende Mailadresse: **[kontakt@hypnosetherapie-fulda.de](mailto:kontakt@hypnosetherapie-fulda.de)** zurück.

**Vielen Dank!**

### Kontaktdaten

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:  Telefon:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

# Hypnosetherapie Fulda

## Familie/Partnerschaft

Name der Mutter:   lebt  verstorben

Name des Vaters:   lebt  verstorben

Meine Eltern sind:  zusammen  geschieden

Haben Sie Geschwister? Wenn ja:

Name:  Alter:

Name:  Alter:

Name:  Alter:

Wie ist Ihr Familienstand?

ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend  zusammenlebend

Haben Sie Kinder? Wenn ja:

Name:  Alter:

Name:  Alter:

Name:  Alter:

## Krankheitsgeschichte/Kontraindikationen

Herzinfarkt/Schlaganfall innerhalb der letzten 6 Wochen?  
(gefäßweiternde Wirkung der Hypnose)  ja  nein

Herzerkrankungen:  ja  nein

Wenn ja, welche?

# Hypnosetherapie Fulda

Thrombose (*Erweiterung der Blutgefäße-Emboliegefahr*):  ja  nein

Kreislaufprobleme:  ja  nein

Blutdruck:  niedrig  normal  zu hoch

Starkes Asthma (*Anfallgefahr*):  ja  nein

Diabetes:  ja  nein

Schwangerschaft:  ja  nein

Epilepsi (*Anfallgefahr*)  ja  nein

Sonstige Anfallserkrankungen:  ja  nein

Wenn ja, welche?

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Sonstige schwere psychische Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

ADS/ADHS oder HKS:  ja  nein

Wenn ja, was?

Alkoholabhängigkeit:  ja  nein

Drogenabhängigkeit:  ja  nein

# Hypnosetherapie Fulda

Körperliche oder geistige Behinderung:

ja  nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, warum und welche?

Andauernde starke Schmerzen?

ja  nein

Wenn ja, welche?

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie stark sind die Schmerzen, wenn 1 leicht und 10 sehr stark ist?

Bei welchem Wert würde sich Ihre Lebensqualität verbessern?

Seit wann bestehen die Schmerzen?

Gab es einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff?

ja  nein

## **Grund des Besuches**

Wegen welchen Themen/Problemen kommen Sie zu mir?

1.

2.

3.

4.

# Hypnosetherapie Fulda

Beschreiben Sie das Hauptproblem an einem Beispiel:


Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahre wegen Ihres Problems in ärztlicher Behandlung oder Therapie?

ja  nein

Wenn ja, wo und mit welchem Ergebnis?


Wann ist das Problem das erste Mal aufgetreten? Alter:  Jahre

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

ja  nein

# Hypnosetherapie Fulda

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern?


Gibt es körperliche Symptome, wenn das Problem auftritt?     ja     nein

Wenn ja, welche? 


Wie schränkt das Problem ihren Alltag ein?


Auf einer Skala von 1 bis 10, wie stark ist ihr Problem (1 = niedrig, 10 = extrem stark)?

--

# Hypnosetherapie Fulda

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

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

Was ist ihr Ziel, welches Sie mit der Hypnose erreichen wollen? Beschreiben Sie dieses so klar wie möglich:

Nehmen Sie sich jetzt einige Minuten Zeit und denken über die Vorteile nach, die Sie durch diese wichtige Veränderung in ihrem Leben erreichen z.B. wie sich diese Veränderung auf ihre Arbeit, ihr Privatleben oder ihre Beziehungen auswirkt. Wie würden Sie sich dadurch fühlen usw.

Bitte schreiben Sie mindestens drei Vorteile auf und formulieren Sie diese positiv, z.B. anstatt „Ich habe keine Angst mehr“, „ Ich fühle mich sicher und geschützt“

1.

2.

3.

# Hypnosetherapie Fulda

4.

## Allgemeine Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert?

ja  nein

Wenn ja:

Wer hat Sie hypnotisiert?

Grund der Hypnose?

Wenn **nein**: Wie stellen Sie sich eine Hypnosebehandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor?

Haben Sie Erfahrung mit Entspannungsmethoden?(Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung o.ä.)?

ja  nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie noch Fragen zur Hypnose?

ja  nein

Wenn ja, welche?



# Hypnosetherapie Fulda

*Hiermit bestätige ich, dass ich alle Angaben korrekt gemacht habe.*

**Datum:**

**Unterschrift:**