

Fragebogen für das Vorgespräch

Folgende Fragen sind vor der ersten Hypnosesitzung zu klären und werden natürlich streng vertraulich behandelt.

1. Zur Person

Name:	
Straße:	
Wohnort:	
Telefon:	
Geburtsdatum:	
Beruf:	
E-Mail:	

2. Zur Hypnose

Grund des Besuchs / der Hypnose?	
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)?	
Haben irgendwelche Personen Einfluss auf das Behandlungsthema (Partner, Kollegen, Chef, Familie)?	
Was erwarten Sie von der Hypnose? Hauptziel der Hypnosebehandlung: Nebenziele (falls vorhanden):	
Sind Sie schon einmal hypnotisiert worden? Wenn ja, wie war das? Wie ist der Kollege / die Kollegin vorgegangen?	

Wie lautet der Name des Behandlers / der Behandlerin?	
Aus welchem Grund wurden Sie hypnotisiert?	
Haben Sie Kenntnisse in einer Therapie- oder Coaching-Methode oder in einer meditativen Anwendung (NLP, Mentaltraining, Selbsthypnose, Yoga, Autogenes Training, PMR o.ä.) und dadurch gegeben falls auch Trance-Erfahrung?	
Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? (siehe Aufklärungsbogen für Neuklient/inn/en)	
Wie stellen Sie sich eine Hypnose-Behandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor?	
Gibt es etwas, das Ihr Behandler besonders beachten sollte? Sollte er etwas unbedingt tun oder sollte er etwas unbedingt vermeiden?	

3. Gesundheit

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen körperlicher oder psychischer Art? Bestehen derzeit noch andere aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme oder gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Allergien, Probleme mit dem Blutdruck, Schwangerschaft)?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Bitte alle angeben. Wie werden diese vertragen? Sind Nebenwirkungen bekannt?	
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, warum?	
Befanden Sie sich in der Vergangenheit in ärztlicher oder psychotherapeutischer	

<p>Behandlung? Wenn ja, warum? Wie waren die Ergebnisse? Befinden Sie sich aktuell in einer psychotherapeutischen Behandlung? Bitte klären sie dann mit Ihrer Behandlerin / Ihrem Behandler ab, ob Bedenken gegen die Hypnose-Behandlung bestehen und geben sie mir sein / ihr Einverständnis schriftlich und von Ihnen unterschrieben zur Kenntnis.</p>	
<p>Wurde konkret für das zu behandelnde Thema bereits eine andere Therapie angeraten oder durchgeführt? Wie waren die Ergebnisse?</p>	
<p>Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt? Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen in der Familie besonders häufig auf?</p>	
<p>Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?</p>	
<p>Leiden Sie an Ängsten? Wenn ja, an welchen? (auch Spinnenphobie, Höhenangst, ect.)</p>	

4. Lebensgewohnheiten

<p>Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?</p>	
<p>Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig und wieviel?</p>	
<p>Nehmen sie Drogen ein oder haben Sie früher Drogen eingenommen?</p>	
<p>Bewerten Sie bitte auf einer Skala von 0 – 10 (0 = ist das Minimum, 10 das Maximum) Ihr derzeitiges allgemeines Stresslevel und benennen Sie die Hauptursachen des Stresses, soweit bekannt.</p>	
<p>Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?</p>	

Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten? Kommen sie mit diesen gut zurecht?	
Wie ernähren Sie sich? Regelmäßig? Gesund? Ausgewogen?	
Bekommen Sie genug Licht / Sonne?	
Befinden Sie sich in einer Beziehung? Bestehen hier oder generell im familiären Bereich aktuelle Krisen oder Unzufriedenheiten?	

5. Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen

--	--

Hiermit erkläre ich, dass ich mit Herrn / Frau, meinem / meiner Behandler/in, Rücksprache genommen habe und dass von seiner / ihrer Seite keine Einwände gegen eine Hypnose-Behandlung bestehen.	
Ort und Datum	Unterschrift

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

**Ort
und Datum**

.....
Unterschrift des / Klienten / der Klientin

.....
Unterschrift des Behandlers