



Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Geb. Datum: _____ E-Mail: _____

Telefon-Nr. _____ Natel-Nr. _____

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Handynummer an, damit Sie für mich leicht und unkompliziert erreichbar sind sowie die Zeiten, in denen ich Sie telefonisch kontaktieren kann.

Erlerner Beruf: _____

Ausübender Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden):

Vorname der Partnerin / des Partner: _____

Namen und Alter der Kinder: _____

Familienherkunft:

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

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

Stellung in der Geschwisterreihe:

Bitte die Geschwister mit Namen und Altersunterschied untereinander auflisten:

Haben Sie Vorerfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden?
(Welche, wie viele Sitzungen mit welchem Erfolg?)

Bitte beachten: Falls Sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, sprechen Sie bitte vorab mit dem behandelnden Arzt und lassen sich bestätigen, dass keine Kontraindikation vorliegt.

2. Angaben zum Problem und zum Ziel der Behandlung

Benennen Sie Ihr Problem:

Beschreibung des Problems:

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer? (In Stichpunkten)

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?

Diagnosen

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

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.)

Dosierung, Dauer:

Behandlungsziel:

Woran können Sie unzweifelhaft 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?

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 Menschengedänge aussetzen, z.B. in einem Kaufhaus.

Panik beim Autofahren: Fahrt mit dem PKW alleine durch die Stadt auf der Autobahn.

Es sollten reale Situationen sein, die Sie vorher nicht oder nur unter grossen Schwierigkeiten bewältigen konnten.

Diese Tests sollten möglichst schon gleich nach der Behandlung durchführbar sein.

Testsituation:

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? (Wenn ja, bitte eine kurze Erklärung)

Schreiben Sie bitte wieder ganz konkret auf:

Welche Dinge, von denen Sie wissen, dass sie Ihnen helfen werden, sollten Sie kurzfristig tun?

Welche Dinge, von denen Sie wissen, dass sie Ihnen helfen werden, sollten Sie langfristig tun?

Falls es wichtige Dinge gibt, die Sie nicht im Formular unterbekommen haben, fügen Sie diese bitte auf einem zusätzlichen Blatt bei.

Mit dieser Therapie werden keine Diagnosen gestellt. Es ist ausschliesslich eine Entspannungshypnose im Rahmen einer Lebensberatung.

Bei Krankheiten sollte unbedingt vorher ein Arzt oder eine entsprechend medizinisch ausgebildete Person konsultiert werden.

Mit der untenstehenden Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Ort und Datum:

Unterschrift:

bitte zurücksenden an:

Claudia Hänni, Mattenweg 27, 3178 Bösinggen - 079 395 01 01 / claudia.haenni@bluewin.ch

