

Erfassungsbogen

Bitte ganz ausfüllen und vor dem ersten Termin zusenden.

Klient / -in

Name, Vorname: geb. am:

Sternzeichen:

Vollständige Adresse:

Erlerner Beruf:derzeit ausgeübter Beruf oder Tätigkeit:.....

Tel. / Handy / Fax/ E-Mail:

ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet geschieden Kinder, Anz.:.....

Raucher Nichtraucher Nichtraucher seit schon mal versucht aufzugeben

Woher oder durch wen sind Sie zu mir gekommen?

.....

Grund für die Hypnose? Was wollen Sie damit erreichen?

.....

.....

Haben Sie Hypnose-Erfahrung? Ja Nein

Wenn ja, welche? Positive / negative / sonstige?.....

.....

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, imMonat / in derWoche Nein ungewiss

Anm.: Bitte auch in Zukunft vor Sitzungsbeginn schriftlich mitteilen!

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja, welche und für oder gegen was?.....

.....

.....

Liegen körperliche Beschwerden vor?

.....

.....

Leiden oder litten Sie an: Herz-Kreislauf-Erkrankungen; niedrigem – hohem Blutdruck;
 Zuckerkrankheit; Allergien; Alkohol- o. Drogen-Sucht;
 Anfallsleiden wie Epilepsie; Asthma; andere psychischen Krankheiten;
 Depressionen ? Traumata / fürchterliche Erlebnisse

Haben Sie noch andere Erkrankungen oder Leiden, die bisher nicht erwähnt wurden?

.....
.....

Welche Ihrer Leiden wurden medizinisch diagnostiziert und von wem?

.....
.....

Sind Sie zur Zeit – oder waren Sie bis vor kurzem (bis vor 3 Monaten) - in ärztlicher / psychologischer Behandlung?

Nein Ja: bei / wegen.....

Hören Sie auf beiden Ohren gleich gut? Ja Nein:

Sind Sie weitsichtig? Ja Nein ...oder kurzsichtig? Ja Nein

Haben Sie Meditationserfahrung? Ja Nein ein wenig

Glauben Sie an Gott (o.ä.) / beten Sie? Ja Nein ich weiß nicht recht

Stört es Sie wenn ich den Begriff „Gott“ ggf. verwende? Ja Nein Egal

Wie gut ist Ihre bildhafte Vorstellungskraft? sehr gut gut durchschnittlich keine vorhanden

Können Sie sich gut entspannen?.....

Träumen Sie häufig? erinnern Sie sich an Ihre Träume? Ja Nein

Fallen Ihnen Tagträume leicht?

Haben Sie Albträume? Ja Nein

Haben Sie ein Tagestief oder sehr schwere körperliche o. geistige Arbeit?

.....

Wann haben Sie das Tagestief?.....

Was ist Ihr größter Wunsch?.....
.....
.....

Was ist der schönste Ort in der Natur für Sie?.....

Was ist Ihrer Meinung nach Ihr größtes Problem?

Vor was haben Sie am meisten Angst?

Was würden Sie anders machen, wenn Sie noch einmal von vorne anfangen könnten?
.....
.....
.....

Welche Erwartungen haben Sie von der Hypnose?

Haben Sie bereits schon mal *nicht-medizinische* Personen aufgesucht, damit Ihnen geholfen wird?
(Systemische Aufstellung, Seminare, Geistheiler, Lichtarbeiter, Lebensberater, Knochenbrecher u.ä.m.)
O Nein O Ja:

Was wurde genau gemacht?.....

ACHTUNG: Nur zu beantworten, wenn Sie Raucher/-in sind und eine Nichtraucherentwöhnung durchführen möchten:

Was glauben Sie ist der wahre Grund, warum Sie rauchen?.....

Wann rauchen Sie am meisten?

Warum wollen Sie aufhören?

Wieviel rauchen Sie pro Tag, wenn Sie ganz ehrlich sind?Zigaretten / pro Tag

