

Anamnesebogen für Hypnosetherapie

Praxis Lebensraum Berit During
03048 Cottbus Leipzigerstr.46
0355/711910 info@lebenraumcottbus.de

1. Angaben zur Person

Herr/ Frau (zutreffendes bitte ausfüllen):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel. privat:

Handy:

E-Mail:

Schulabschluss (Realschulabschluss, Abitur, Fachhochschule, Universität o. a.):

Erlerner Beruf:

ausgeübter Beruf:

Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden):

Vorname der Partnerin/des Partners:

Namen und Alter der Kinder:

2. Angaben zum Problem und zum Ziel der Behandlung

Benennen und Beschreiben Sie Ihr Problem:

Wie lange leiden Sie unter dem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)?:

Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt?:

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?:

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.:

Welches Verhältnis hatten Sie als Kind zu Ihren Eltern und Geschwistern?:

Wie ist das Verhältnis heute zu Ihren Eltern und Geschwistern?:

Haben Sie bereits erste Erfahrungen mit Hypnose, Yager Code, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden, PMR, autogenes Training, Yoga? (Welche, wie viele Sitzungen mit welchem Erfolg?):

Beschreiben Sie in **kurzen** Stichpunkten Ihr Leben (z.B. Kindheit, Schule, Pubertät, Auszug bei Eltern, erste und folgende Partnerschaften, Arbeitsleben):

Diagnosen und Vorbehandlungen (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg):

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.) inkl. Dosierung, Dauer:

Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal traumatische Situationen ausgesetzt?

Sind Sie schon einmal überfallen worden, Opfer einer Straftat gewesen, zusammengeschlagen worden, vergewaltigt oder missbraucht worden?

Gibt es Ängste oder Phobien: (z.B. Höhenangst, Flugangst, Spinnenphobie, Angst in engen Räumen oder großen Plätzen, etc.)

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?

Größtes Hobby/ größte Leidenschaft:

Was können Sie bei andere Menschen überhaupt nicht ab? Z.B. Lügen, Betrügen etc.

Leiden Sie unter orthopädischen Problemen, insbesondere im Bereich Hals, Wirbelsäule und Schultern?

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

Beispiel Übergewicht:

- Bewegungsmangel -> regelmäßige Spaziergänge (Wandern, Fitnessstudio besuchen etc.)
- Ungesunde Ernährung: zu fettes Essen, zu viele Süßigkeiten -> statt dessen mehr Obst und Gemüse essen
- Ich koche wie meine Mutter -> gesundheitsbewusstes Kochbuch kaufen und einige neue Rezepte ausprobieren
- ich ernähre mich gesund, trinke viel Wasser, esse wenig Fleisch koche gesundheitsbewusst
- habe kein Übergewicht, achte auch auf mein Gewicht, würde gerne Sport treiben, grundsätzlich mehr bewegen
- mehr Wandern, mehr Stadtbummel etc.

Was ist für Sie das Allerwichtigste im Leben?

(Gemeint ist nicht das Therapieziel, sondern Ihr Lebenssinn oder Werte wie: harmonische Partnerschaft, beruflicher Erfolg etc.)

3. Mögliche negative Konsequenzen der Heilung

Wenn die Ursachen einer Erkrankung aufgelöst (und keine irreversiblen Schäden eingetreten sind), geschieht Heilung. Wenn keine Heilung eintritt, kann das u.a. daran liegen, dass die Heilung Konsequenzen nach sich zieht, die man bewusst oder unbewusst vermeiden will. Es kann also sein, dass der sekundäre Gewinn stärker ist als der primäre Schmerz.

In diesem Fall ist es sehr wichtig, diese Verhinderungsgründe in die Behandlung mit einzubeziehen. Auch wenn es eher um eine Ausnahme handelt, empfehle ich Ihnen, folgende Fragen gründlich zu durchdenken und zu beantworten, um Heilungshindernisse bereits im Vorfeld erkennen zu können. Dies kann manchmal ausschlaggebend sein für den Erfolg einer Behandlung.

Was werde ich verlieren, wenn ich gesund werde/meine Beschwerden loswerde?

Beispiele:

- Verlust materieller Dinge (z.B. Rente, finanzielle Entschädigungen, Privilegien)
- Immaterielle Dinge (z.B. intensive Zuwendung durch die Familie oder Freunde, die ich nur erhalte wenn/weil ich so krank bin)
- Angst, wieder arbeiten gehen zu müssen und davor den Anforderungen nicht mehr gerecht zu werden oder sowieso nicht mehr vermittelt zu werden
- Angst sich einem bestimmten Problem stellen zu müssen
-
-

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?

Bitte beachten Sie, wenn Sie den vereinbarten Anamnesetermin nicht wahrnehmen können, dass Sie diesen Termin mindestens 3 Werktage vorher absagen müssen. Andernfalls fällt ein Ausfallhonorar an in Höhe von 180€ bei vereinbarten 75 Minuten Behandlungszeit. Oder bei längeren Terminen pro vereinbarter Minute 2,40€. Mit dem Ausfüllen und Zusenden dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden.

Bitte senden Sie mir diesen Anamnesebogen mindestens 5 Werktage vor dem vereinbarten Termin per Post zu.

**Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipzigerstrasse 46
Tel.0355/711910 info@lebensraumcottbus.de**

Anlagen bei Neupatienten: Patientendatenblatt
Datenschutzerklärung
Fragebogen Yagercode