

Hypnose und Yager Therapie Fragebogen

Datum

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Problem

Bitte umkreisen Sie für jede Frage die Nummer, die der zutreffenden Antwort entspricht.

Bezogen auf den/die/das vergangenen Tag/Woche/Monat:

In welchem Ausmaß sind die Symptome in Ihrem Leben vorhanden? **Gar nicht** **Sehr stark**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat sich das genannte Problem ausgewirkt auf
Ihr soziales Leben? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihre Familie? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr Sexualleben? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr spirituelles Leben? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr Gedächtnis? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihren Schlaf? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihren Appetit? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr Arbeitsleben? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihre Konzentrationsfähigkeit? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem Stress für Sie ausgelöst? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem bewirkt, dass Sie sich
depressiv fühlen? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem bewirkt,
dass Sie sich ängstlich fühlen? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem körperliche
Beschwerden verursacht? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem andere Beschwerden/
Probleme verursacht? (Falls das zutrifft, welche Beschwerden/Probleme?)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wenn die Behandlung beendet ist, waren Sie mit den Ergebnissen zufrieden?

Nein Ja
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipzigerstrasse 46

Tel.0355/711910 info@lebensraumcottbus.de