

**Sehr geehrte Patienten/innen,**

**Sie möchten gern wieder gesund und leistungsfähig werden, alte Ängste und unbequeme Gewohnheiten verlieren oder etwas für Ihre Gesundheitsvorsorge tun? Dann haben Sie schon den ersten Schritt getan und Kontakt zu mir aufgenommen. Wenn Sie zur Rauchentwöhnung kommen, füllen Sie bitte zusätzlich zum Spezialbogen ebenfalls den normalen Hypnosebogen aus, manchmal liegt die Ursache in Bereichen wo man es nicht erwartet und dann bin ich während der Therapie optimal informiert und kann Sie erfolgreich zu Ihrem Ziel führen.**

**Füllen Sie bitte die Unterlagen sorgfältig vollständig aus, so kann ich mir schon im Vorfeld einen Überblick verschaffen und bin optimal auf unseren ersten Termin vorbereitet, so dass wir effektiv gemeinsam an Ihrem Problem arbeiten können.**

**Falls Sie bei dem Fragebogen etwas nicht beantworten können, dann lassen Sie es einfach weg. Da der Fragebogen für viele verschiedene Probleme erstellt wurde, kann es sein das diese Frage für Sie gar nicht relevant ist. Der Fragebogen ist so konzipiert das beim Ausfüllen schon ein erster unterbewusster Prozess entsteht und Sie dadurch der Lösung Ihres Problems näher kommen. Nehmen Sie sich also ausreichend Zeit hierfür.**

**Wenn Sie Fragen zu Hypnosetechniken oder zur Therapie haben, schauen Sie bitte auf meine Webseite [lebensraumcottbus.de](http://lebensraumcottbus.de), dort finden Sie schon viele Erläuterungen. Bei Ihrem ersten Termin sprechen wir selbstverständlich auch Fragen und Probleme an und finden die optimale Therapiemethode für Sie.**

**Wenn Sie die Unterlagen ausgefüllt haben schicken Sie diese bitte mit der Post an Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipzigerstrasse 46 und geben bitte auch an, innerhalb welcher Zeiten Sie in die Praxis kommen können. Wenn die Unterlagen eintreffen kontaktiere ich Sie (bitte EMail und/oder Telefonnummer nicht vergessen) und wir vereinbaren einen Termin. Falls Sie Ihre Unterlagen per EMail schicken bitte an [info@lebensraumcottbus.de](mailto:info@lebensraumcottbus.de) im PDF Format (bitte keine Bilddateien).  
Tel.0355/711910**

**Auf Grund vieler Patienten kommt es leider sehr oft zu längeren Wartezeiten, bis Sie in die Praxis kommen können, ich bitte Sie dies einzuplanen. Wenn Sie es wünschen können Sie aber gern auf die Warteliste und falls ein anderer Patient seinen Termin verschieben muss, können Sie gern eher einen Terminvorschlag bekommen. Bitte eine kurze Info ob Sie dies wünschen.**

## **Fragebogen zur Raucherentwöhnung mit Hypnose / Simpson Protocol**

### **1. Angaben zur Person**

Herr/ Frau / Divers (zutreffendes bitte ausfüllen):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

### **2. Angaben zum Problem und zum Ziel der Behandlung**

Was wird durch das Rauchen in Ihrem Leben verhindert?

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus? Rauchen und Nichtrauchen

Was werde ich verlieren, wenn ich nicht mehr rauche?

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

Was ist Ihr Therapieziel?

Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Welche Zigarette im Verlauf eines Tages ist Ihnen am wichtigsten?

Rauchen Sie auch, wenn Sie krank im Bett liegen müssen?

Wie alt waren Sie (schätzungsweise), als Sie begonnen haben zu rauchen?

Wie viele Jahre Ihres Lebens haben Sie geraucht?

Was war der Grund dafür, dass Sie angefangen haben zu rauchen?

Haben Ihre Eltern geraucht? Haben andere wichtige Personen in Ihrem Umfeld geraucht?

Haben Sie früher schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? Wenn ja wie häufig und mit welchem Erfolg?

In welchen Situationen oder Stimmungen rauchen Sie besonders viel?

Finden Sie es schwierig, Rauchverbote in Kinos oder anderen öffentlichen Gebäuden einzuhalten?

Geraten Sie in Panik, wenn Sie keine Zigarette zur Verfügung haben? Was tun Sie, wenn Sie bemerken, dass Ihre Zigaretten zu Ende gehen und Sie keine Ersatzschachtel mehr haben?

Welche Ritual-Zigaretten, also Zigaretten, die in festem Zusammenhang mit einer Tätigkeit oder einer Situation stehen gibt es?

Was macht Ihnen am meisten Angst, wenn Sie ans Aufhören denken?

Was bestärkt Sie mit dem Rauchen aufhören zu wollen? Was könnte Ihnen neben der Hypnose als Unterstützung dienen?

Wie sicher sind Sie im Moment, dass Sie es schaffen werden aufzuhören? Bitte auf einer Skala von 0 bis 10 angeben, 0 gar nicht / 10 ich schaffe es 100%ig.

Würden Sie auch aufhören, wenn es keine Hypnose gäbe und wenn ja, wie?

Unterstützt Sie jemand beim Aufhören? Wenn ja, wer und in welcher Form unterstützt diese Person Sie?

Raucht Ihr Partner oder andere Menschen in Ihrem näheren Umfeld?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) **nicht** zu rauchen:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich; 3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

In geselliger Runde mit Alkohol:	1---2---3---4---5
Bei Angst und Nervosität:	1---2---3---4---5
Bei Ärger über etwas oder jemanden:	1---2---3---4---5
Bei Konzentrationsverlust:	1---2---3---4---5
Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen:	1---2---3---4---5
Bei Stress, um zu entspannen:	1---2---3---4---5
Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen	1---2---3---4---5
Bei Hungergefühlen:	1---2---3---4---5
Nach dem Essen:	1---2---3---4---5
Wenn Sie morgens gerade aufstehen:	1---2---3---4---5

Welche Tätigkeiten oder Dinge könnten Sie in der ersten Zeit nutzen, statt zu Rauchen? (z.B. Zuckerfreie Bonbons, Kaugummi, Wasser trinken, Obst/Gemüse essen, bewegen, etc.....)

**Anamnesebogen**  
**für Hypnosetherapie / Yagercode / Simpson Protocol / Gestalttherapie**  
**Praxis Lebensraum Berit Doring**  
**03048 Cottbus Leipzigerstr.46**  
**0355/711910 info@lebenraumcottbus.de**

**1. Angaben zur Person**

Herr/ Frau / Divers (zutreffendes bitte ausfüllen):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

Erlerner Beruf:

ausgeübter Beruf:

Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, feste Partnerschaft):

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:

Welches Ziel möchten Sie erreichen?

Woran können Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

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?:

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



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

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.)

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?

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? Wenn nichts vorhanden ist als Hinderungsgrund geben Sie dies bitte auch an.

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?

# Hypnose, Simpson Protocol und Yager Therapie Fragebogen

Datum

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Problem (bitte pro Problem einen extra Bogen ausfüllen):

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

Bezogen auf **den/die/das vergangenen Tag/Woche/Monat** (bitte zutreffendes unterstreichen):

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



Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung).

Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_

mein Einverständnis für die schriftliche Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten durch Physiotherapeutin und Heilpraktikerin Berit During und die in der Praxis Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipzigerstrasse 46 tätigen Kolleginnen zum Zwecke

a.) der Anlage einer Patientenkartei ( Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenversicherung, Telefonnummer, E-Mail Adresse, mitbehandelnde Ärzte oder Therapeuten, bei Bedarf Sorge- bzw. Erziehungsberechtigten)

b.) der Erhebung einer Anamnese sowie Befund- und Behandlungsdokumentation

c.) der Erstellung von Therapieberichten ( auf ärztlichen oder persönlichen Wunsch )

d.) der aktualitäts bezogenen interdisziplinären Kommunikation ( Rücksprache mit Ihrem verordnenden bzw. behandelnden Arzt auch bei notwendiger Korrektur oder Rückfragen zu Ihrer Verordnung )

e.) der Rechnungslegung ( Privatzahler und Privatkassen )

f.) Kontaktaufnahme zur Terminabstimmung per E-Mail und / oder Telefon

g.) Bearbeitung der von Ihnen auf dem Praxisanrufbeantworter ( Tel. 0355/711910 ) hinterlassenen Informationen

h.) Bearbeitung der von Ihnen per E-Mail ( [physioduring@arcor.de](mailto:physioduring@arcor.de) [info@lebensraumcottbus.de](mailto:info@lebensraumcottbus.de), [beritduring@teawork.de](mailto:beritduring@teawork.de), [beritduring@gmail.com](mailto:beritduring@gmail.com) ) an mich adressierten Anfragen und Wünsche auch über das Kontaktformular auf der Internetseite ( [www.physioduring.de](http://www.physioduring.de), [www.lebensraumcottbus.de](http://www.lebensraumcottbus.de) )

i.) Bestellungen und Rezepturanfertigungen bei Apotheken im Sinne des Patienten.

j.) nach deutschen Recht geltenden Aufbewahrungsfristen von Patientenakten von mindestens 10 Jahren.

Mir ist bekannt, das ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich zu Händen von Berit During widerrufen kann ( ausgenommen Punkt j.)

Cottbus, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_