

ANAMNESEBOGEN

für Klienten

PRAXIS FÜR KLINISCHE HYPNOSE
Claudia Baecker (Heilpraktikerin für Psychotherapie)

Neureutherstrasse 17
80799 München

Tel. +49(0)89 27370626
Fax +49(0)89 99954323
Email kontakt@cb-hypnose.de

Diese Fragen haben sich bewährt um ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Person und Ihrer Lebenssituation zu entwerfen. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und beantworten die Fragen so gut es Ihnen im Moment möglich ist. Diese Informationen über Ihr Leben und Ihre Situation werden mich unterstützen um Sie bestmöglich zu begleiten. Wir werden uns dann intensiv der Lösung Ihrer Probleme widmen und Sie können den größtmöglichen Nutzen aus Ihrer Sitzung ziehen.

Meist kommt durch die Beschäftigung mit unseren Themen schon so einiges in Bewegung. Auf unbewusster Ebene werden innere Such- und Umstrukturierungsprozesse eingeleitet. Falls Sie bei irgendwelchen Fragen nicht antworten möchten, dann lassen Sie diese bitte einfach aus.

Die Themen dieses Fragebogens sind für Sie allein bestimmt. Achten Sie bitte darauf, dass es wichtig sein könnte, sich für eine ungestörte Beantwortung etwas zurückzuziehen. Seien Sie sich bitte dessen bewusst, dass die Inhalte im familiären und partnerschaftlichen Umfeld Konflikte oder Diskussionen hervorrufen könnten.

Selbstverständlich behandle ich Ihre Angaben streng vertraulich!

Ich stehe unter Schweigepflicht. Herzlichen Dank!

ZUSATZ

Bitte füllen Sie den Fragebogen mit **möglichst dunkler Schrift** aus. Bitte verwenden Sie den vorgesehenen Platz und nicht mehr (meistens sind Stichworte völlig ausreichend).

Die Zusendung kann über Post, E-Mail oder Fax erfolgen. Meine Kontaktmöglichkeiten finden Sie auf dem Deckblatt. Falls Sie die Seiten scannen, dann achten Sie bitte darauf, sie als **Dokument (PDF) abzuspeichern** und NICHT als Bild.

Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins: _____

Name, Vorname

Geburtsdatum (eventuell Geburtszeit und Ort)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Handynummer* (falls kurz vor der Sitzung eine Mitteilung nötig ist)

Eventuell zusätzlich Telefon Festnetz*

E-Mail*

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

**Bitte geben Sie nur Telefonnummern und Adressen an, bei denen ich mich als Ihre Therapeutin zu erkennen geben darf*

VERGANGENHEIT UND FAMILIE

Gab es in Ihrem Leben besonders einschneidende Erlebnisse,
schwere Erkrankungen, Schicksalsschläge, Unfälle, Operationen?
Falls Ja: Was war das? Wie alt waren Sie damals?

☐ ja ☐ nein

Wie gut können Sie sich an die Zeit Ihrer Kindheit erinnern?

☐ ganz gut ☐ nur wenig ☐ gar nicht

Wie haben Sie Ihre Kindheit erlebt?

- ☐ behütet und liebevoll ☐ zuhause gab es Probleme:
☐ ich hatte viele Freiheiten ☐ ich musste viel Verantwortung tragen
☐ ich ging gerne zur Schule ☐ ich ging nicht gerne zur Schule
☐ ich hatte viele Freunde ☐ ich war oft alleine
 Gibt es noch etwas zu Ihrer Kindheit zu sagen?

Wie gut ist heute der Kontakt zu Ihrer Familie?

☐ sehr gut ☐ geht so ☐ je weiter desto besser

Falls Sie hier ein Kreuz gemacht haben: Was sind typische schwierige Themen?

Mit wem?

Name der Mutter: _____

☐ lebt ☐ verstorben

Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter früher und heute?

Name des Vaters: _____

☐ lebt ☐ verstorben

Ihre Beziehung zu Ihrem Vater früher und heute?

Meine Eltern sind: ☐ zusammen ☐ geschieden ☐ weiteres:

Haben Sie Geschwister?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wie viele? In welchem Alter? Wie ist Ihr Verhältnis untereinander?

Befinden Sie sich zurzeit in einer Beziehung?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wie glücklich sind Sie in dieser Beziehung? (1=niedrig, 10=hoch)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es hier schwierige Themen? Welche?

Nur bei Frauen: Sind Sie schwanger?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Kinder?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wie viele? In welchem Alter?

Gibt es hier schwierige Themen?

Welche ZWEI Menschen haben Sie in Ihrem Leben am meisten verletzt/enttäuscht?

☐ Vater ☐ Mutter ☐ Andere:

Gab es in Ihrem Leben einmal einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht sich das Leben zu nehmen?

Falls Ja: Warum?

☐ ja ☐ nein

BERUF UND BERUFUNG

Sind Sie zurzeit berufstätig?

☐ ja ☐ nein

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

Wie gerne gehen Sie diesem Beruf nach?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es im Zusammenhang mit Ihrem Beruf aktuell Probleme?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Welche?

Würden Sie gerne etwas anderes machen?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Was?

MEDIZINISCHES

Werden körperliche Beschwerden unser Thema sein?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Welche Beschwerden?

- Wie alt waren Sie, als diese Probleme begannen?

- Sind diese Symptome durch einen Arzt abgeklärt worden?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder Therapie? (psychisch/körperlich)

Falls Ja: Warum?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie mit Ihrem Arzt/Psychiater/Neurologen/Therapeuten über die Hypnosetherapie gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben?

☐ ja ☐ nein

Ihr Blutdruck ist:

☐ normal ☐ hoch ☐ niedrig ☐ weiß nicht

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Starkes Asthma

☐ ja ☐ nein

Herzerkrankungen

☐ ja ☐ nein

Erhebliche Kreislaufprobleme

☐ ja ☐ nein

Erhebliche Blutdruckprobleme

☐ ja ☐ nein

Epilepsie

☐ ja ☐ nein

Sonstige Anfallserkrankung

☐ ja ☐ nein

Diabetes

☐ ja ☐ nein

Thrombose

☐ ja ☐ nein

Schmerzen

☐ ja ☐ nein

Ansteckende Erkrankungen wie Hepatitis, HIV

☐ ja ☐ nein

Falls Sie etwas mit ja beantwortet haben, eventuell weitere Infos zur Erkrankung:

Hatten / haben Sie zu tun mit ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung)

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter andauernden, starken Schmerzen?

☐ ja ☐ nein

- Falls Ja: Welche?

- Wie stark sind die Schmerzen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Seit wann bestehen die Schmerzen?

- Bei welchem Wert würde sich Ihre Lebensqualität verbessern?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Welche und wofür?

Alkoholkonsum

☐ nie ☐ weniger als 3x pro Woche ☐ öfter als 3x pro Woche

Drogenkonsum

☐ nie ☐ früher mal ☐ selten ☐ schon eher regelmäßig

Wie gut können Sie schlafen/sich entspannen? ☐ gut ☐ normal ☐ schlecht

Haben Psychotherapien stattgefunden? ☐ ja ☐ nein

(Falls Ja: Welche Art der Therapie, wann, wie lange, mit welchem Ziel?

Waren Sie zufrieden mit dem Ergebnis der Therapie?)

Ist Ihnen oder einem Ihrer Familienmitglieder irgendwann einmal die Diagnose Schizophrenie oder Psychose gestellt worden? ☐ ja ☐ nein
Falls Ja: Wem?

Existieren irgendwelche Ängste? ☐ ja ☐ nein
Falls Ja: Welche?

INTERESSEN

Für was interessieren Sie sich? Was macht Ihnen Freude? Hobbies?

Wie sehr fühlen Sie sich in die Gemeinschaft eingebunden?
(Zum Beispiel: Freundeskreis, Vereine...)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gehören Sie einer Religion/Glaubensgemeinschaft an? ☐ ja ☐ nein
Falls Ja: Welcher?

Gibt es ein Buch, einen Film oder ähnliches, das/der Sie besonders beeindruckt oder geprägt hat?
Falls Ja: Welches/Welcher? Warum? ☐ ja ☐ nein

Gibt oder gab es Menschen in Ihrem Leben, die Sie ganz besonders geprägt haben?
Eventuell Vorbilder? Falls Ja: Wer? ☐ ja ☐ nein

HYPNOSE

Haben Sie schon einmal Hypnose erlebt?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wie lang ist das her? Bei wem? Was war das Ziel der Hypnose?

Wie war das für Sie?

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Falls Ja: Wieso haben Sie diese Annahme?

Haben Sie noch weitere Fragen zur Hypnose?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Welche?

Haben Sie Ängste/ Probleme mit ..

Wasser

☐ ja ☐ nein

Höhe

☐ ja ☐ nein

Wald

☐ ja ☐ nein

Rolltreppe

☐ ja ☐ nein

Fahrstuhl

☐ ja ☐ nein

Tiere

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Kenntnisse in Meditation oder einem Entspannungsverfahren?

☐ ja ☐ nein

☐ Meditation

☐ Autogenes Training

☐ Yoga

☐ Selbsthypnose

☐ Anderes:

Gibt es bei Ihnen eine Tendenz im entspannten Zustand ungewollt einzuschlafen?

☐ ja ☐ nein

IHR AKTUELLES ANLIEGEN

Bitte beschreiben Sie, was die wichtigste Veränderung ist, die Sie mit der Hypnose erreichen wollen. Beschreiben Sie die Veränderung so klar und vollständig wie möglich anhand von Situationen.

Wie kommt es, dass Sie sich **genau jetzt** auf den Weg machen um dieses Problem zusammen mit mir zu verändern?

Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal etwas unternommen um das Problem zu lösen/lindern? Falls Ja:

- ☐ Hausarzt ☐ Psychologe ☐ Psychiater ☐ Homöopath
☐ Anderes:

Ergebnis dieser Behandlungen:

Wie stark belastend fühlt sich das Problem zurzeit an?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es einen speziellen Aspekt des Problems, der Sie besonders beschäftigt?
Falls Ja: Beschreiben Sie bitte ein Beispiel.

Wie fühlt sich Ihr **Körper** an, wenn das Problem auftritt?

Wie sehr und auf welche Weise **behindert Sie das Problem** im Alltag, im Beruflichen Leben, im privaten Leben? (Bitte so ausführlich wie möglich)

Denken Sie bitte über die Vorteile nach, die Sie durch diese wichtige Veränderung in Ihrem Leben erreichen. Zum Beispiel: Wie sich diese Veränderung auf Ihr Privatleben auswirkt, Ihre Beziehungen, auf Ihre Arbeit, wie andere Menschen Sie wahrnehmen werden, wie Sie sich dadurch fühlen werden usw.

Bitte schreiben Sie mindestens **7 Vorteile** auf. Es ist eine Hilfe, wenn Sie diese Vorteile positiv formulieren, also zum Beispiel statt „Ich habe keine Angst mehr“:

„Ich fühle mich frei und sicher“

Nehmen Sie sich bitte viel Zeit für die Antworten. Die Beschäftigung mit dieser Frage wird die heilsamen Veränderungen sehr unterstützen.

Wie sehr sind Sie bereit, Veränderungen in Ihrem Leben zuzulassen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr sind Sie bereit, mit Ihrer Vergangenheit Frieden zu schließen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiermit bestätige ich unseren vereinbarten Termin und die Richtigkeit meiner Angaben.

Alle Patienten- und Dateninhalte werden streng vertraulich behandelt.

Ich erlaube die Durchführung der Hypnosetherapie. Die Hypnotherapeutin diagnostiziert keine somatischen Krankheiten und macht keine Heilversprechungen.

Generell arbeitet Frau Baecker an der Stärkung meiner Gesundheit, an der Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte und an der Aktivierung der mir innewohnenden unbewussten Fähigkeiten, mich neu zu strukturieren im Sinne einer meiner Eigenart entsprechenden Lebens. Mir ist bewusst, dass zu Beginn eine Erstverschlechterung auftreten kann und dass es im Laufe der Therapie dazu kommen könnte, dass ich bestimmte Bereiche meines Lebens grundlegend verändern möchte und dann mit hoher Wahrscheinlichkeit auch verändern werde.

Der Besuch bei einer Hypnosetherapeutin ersetzt nicht die ärztliche Beratung oder Behandlung. Ich bin mir darüber im Klaren, dass mir in keiner Weise davon abgeraten wird, ärztliche oder anderweitige Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen.

Ich weiß: Medikamente sind weiter einzunehmen in Absprache mit meinem Vertrauensarzt.

Ich bin mir außerdem darüber im Klaren, dass die Bezahlung der Therapie vollkommen unabhängig von eventuellen Zahlungen von Versicherungen erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Bezahlung ist mir am liebsten

☐ vor der Sitzung ☐ vor Ort in der Praxis

Mein bevorzugtes Zahlungsmittel ist

☐ mit Bank- oder Kreditkarte ☐ bar ☐ über PayPal

VOR DER ERSTEN SITZUNG

Bitte planen Sie genügend Zeit für die Anfahrt ein um die Praxis **nicht abgehetzt** zu erreichen.

Von der Straße aus geht es durch eine Glastür direkt in den Wartezimmerbereich.

Bitte nehmen Sie im Wartezimmer Platz. Ich werde mich bemühen, Sie möglichst pünktlich zur vereinbarten Zeit im Wartezimmer abzuholen.

Wenn möglich wäre es gut, wenn Sie **auch nach der Sitzung** noch etwas Zeit für sich hätten, um vielleicht im Park oder in einem Café die Sitzung nachwirken lassen zu können und sich eventuell ein paar Notizen zu machen. Es geht hierbei allein um die therapeutische Wirkung. Sie sind natürlich auch direkt nach Ihrer Hypnose fähig, ein Fahrzeug zu führen oder ähnliches.

KONTAKTLINSEN

Bitte nehmen Sie diese vor der Sitzung heraus damit Sie sich besser entspannen können

TOILETTE

Vor der Hypnosetherapie bitte noch auf die Toilette gehen

HANDY

Bitte schalten Sie Ihr Handy ganz aus

RAUSCHMITTEL

Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung

CORONA SPEZIALREGELUNG

Bitte bringen Sie ein frischgewaschenes Laken oder Handtuch und eventuell auch eine frisch gewaschene Decke mit zur Sitzung