



Psychologische Praxis Heike Güsewell

Psychologin (M. Sc.)
Weißensefser Str. 48a, 04229 Leipzig
Tel: 0341/22892849, Mobil: 0157/74778567
E-Mail: kontakt@psychologeipzig.de, www.psychologeipzig.de

AUFNAHMEBOGEN FÜR HYPNOSE

Liebe Klientin, lieber Klient,

du bist an einem oder mehreren Hypnoseterminen in meiner Praxis interessiert.
Für eine gute Vorbereitung deiner Hypnose benötige ich noch einige Informationen von dir.

Bitte nimm dir etwas Zeit und fülle alle Felder dieses Fragebogens **bestmöglich** aus und lade ihn noch vor unserem Termin über das Termindashboard in einer deiner Terminbestätigungen hoch. Oder sende ihn mir per Post zurück.

Deine Angaben werden selbstverständlich, ebenso wie die Inhalte der Sitzung, vertraulich behandelt!

Vielen Dank!

Kontaktdaten:

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Mobil : _____

E-Mail: _____

Bitte gib nur Telefonnummern und E-Mail-Adressen an, bei denen ich mich als Psychologin zu erkennen geben darf.

Beruf: _____

Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins: _____

Name der Mutter: _____ lebt verstorben

Name des Vaters: _____ lebt verstorben

Meine Eltern sind: zusammen geschieden

Hast du Kinder? Nein Ja

Geschwister: _____

Geburtsdatum: _____

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Schlafen / Entspannen: gut normal schlecht

Hast du Hypnose schon einmal erlebt? Nein Ja

Wer hat dich hypnotisiert: _____

Grund der Hypnose: _____

Glaubst du, dass du wirklich in Hypnose warst? Ja Nein Weiß nicht

Wieso hast du diese Annahme? _____

Medizinische Patientengeschichte:

Bist du derzeit oder warst du in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? Ja Nein

Wenn ja: warum? _____

Leidest/Littst du an Langzeiterkrankungen? Ja, seit: _____ Nein

Wenn ja: welche? _____

Warst du je in Behandlung wegen Herzkrankheiten? Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Thrombose: Ja Nein

Nimmst du zurzeit Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, warum und welche? _____

Hast du in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht?

Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Ist bei dir eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie: Ja Nein

Wenn Ja, wann war der letzte Anfall? _____

Starkes Asthma: Ja Nein

Sonstige Anfallserkrankung: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Andauernde starke Schmerzen: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Auf einer Skala von 1 bis 10:
wie stark sind die Schmerzen, wenn 1 der niedrigste und 10 der höchste Wert ist?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann bestehen die Schmerzen? _____

Bei welchem Wert würde sich deine Lebensqualität verbessern:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erhebliche Kreislaufprobleme: Ja Nein

Dein Blutdruck ist: normal zu hoch zu niedrig

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV, etc.): Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Herz-Erkrankungen: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Probleme mit Schultern, Armen, Nacken oder Händen, Handgelenken:
 Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Körperliche oder geistige Behinderung: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

In Behandlung bei Psychiater oder Neurologe: Ja Nein

Falls ja, hast du mit diesem über Hypnose gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben?

Schwere psychische Erkrankung (Psychose): Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Abhängigkeit von Medikamenten: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Nimmst du zurzeit Drogen (außer Tabak)? Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Trinkst du Alkohol? Ja Nein

Falls ja, was, wieviel und wie oft: _____

ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung): Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Welche beiden Menschen haben dich in deinem Leben am meisten verletzt/enttäuscht: Mutter Vater Andere:

Hast du ein Problem mit/Angst vor:

Strand: Ja Nein

Höhe: Ja Nein

Wiese: Ja Nein

Rolltreppe: Ja Nein

Fahrstuhl: Ja Nein

Tiere: Hund Katze Anderes

Nimm dir einige Minuten Zeit und denke über die Vorteile nach, die du durch diese wichtige Veränderung in deinem Leben erreichst.

Zum Beispiel:

Wie sich diese Veränderung auf deine Arbeit auswirkt, dein Privatleben, deine Beziehungen, wie andere Menschen dich wahrnehmen, wie du dich dadurch fühlst usw.

Bitte schreibe mindestens sieben Vorteile auf. Es ist eine Hilfe, wenn du diese Vorteile positiv formulierst, also z.B. statt „Ich habe keine Angst mehr“: „Ich fühle mich frei und sicher.“

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Was ist das Problem, was beschäftigt dich am meisten?

Beschreibe ein Beispiel:

Beschreibe mir deine körperlichen Symptome (wenn das Problem auftritt):

Wie behindert dich das im Alltag, im beruflichen Leben, im Leben?
(Bitte so ausführlich wie möglich!)

Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist dein Problem
(1 = niedrig; 10 = extrem stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr bist du bereit, Veränderungen in deinem Leben zuzulassen?
(1 = wenig, 10 = viel)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr bist du bereit, mit ihrer Vergangenheit Frieden zu schließen?
(1 = wenig, 10 = sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hast du noch Fragen zur Hypnose? Ja Nein
Wenn ja, welche?

BELEHRUNG UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, über die Hypnose entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

Ich erlaube die Durchführung der Hypnose. Die Inhalte aller Fragebögen sowie der Sitzungen sind vertraulich.

Frau Heike Güsewell verpflichtet sich, die geplante Hypnose nach bestem Wissen und Gewissen aufgrund ihrer Fachkenntnisse und Berufserfahrung zu meinem Wohle durchzuführen. Der Erfolg dieser Hypnose kann jedoch nicht versprochen und / oder gewährleistet werden.

Der Besuch beim Hypnosetherapeuten ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung. Mir wurde in keiner Form oder Art und Weise davon abgeraten ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.

Diese Hypnose dient der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte.

Kontakt per E-Mail (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up) ist erlaubt:

Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____

Hinweise:

Harte Kontaktlinsen

Bitte nimm diese vor der Sitzung raus, damit du dich besser entspannen kannst.

Toilette

Vor der Hypnose, falls notwendig, bitte noch auf die Toilette gehen.

Kaugummi

Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

Handy

Bitte schalte dein Handy ganz aus.

Rauschmittel: Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!