



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,

Sie sind an einem oder mehreren Hypnoseterminen in meiner Praxis interessiert. Für eine gute Vorbereitung Ihrer Hypnose benötige ich noch einige Informationen von Ihnen.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen alle Felder dieses Fragebogens **bestmöglich** aus und senden Sie mir diesen noch vor unserem Termin über den Link in der **Terminbestätigung** oder Post zurück.

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

Vielen Dank!

Kontaktdaten:

Name, Vorname:

Straße u. Hausnr.:

PLZ: Ort:

Telefon: Mobil :

E-Mail:

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

Geburtsdatum:

Beruf:

Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins:

Name der Mutter: lebt verstorben

Name des Vaters: lebt verstorben

Meine Eltern sind: zusammen geschieden

Haben Sie Kinder? nein ja

Geschwister:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Schlafen / Entspannen: gut normal schlecht

Haben Sie Hypnose schon einmal erlebt? nein ja

Wer hat Sie hypnotisiert:

Grund der Hypnose:

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? nein ja
 Weiß nicht

Wieso haben Sie diese Annahme?

Medizinische Patientengeschichte:

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? nein ja

Wenn ja: warum?

Leiden/Litten Sie an Langzeiterkrankungen? nein ja

Wenn ja, seit:

Wenn ja: welche?

Waren Sie je in Behandlung wegen Herzkrankheiten? nein ja

Diabetes? nein ja

Thrombose: nein ja

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? nein ja

Wenn ja, warum und welche?

Haben Sie in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht?

nein ja

Falls ja, welche:

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie:

nein ja

Wenn Ja, wann war der letzte Anfall?

Starkes Asthma:

nein ja

Sonstige Anfallserkrankung:

nein ja

Falls ja, welche:

Andauernde starke Schmerzen:

nein ja

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 Ihre Lebensqualität verbessern:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erhebliche Kreislaufprobleme:

nein ja

Ihr Blutdruck ist:

normal zu hoch zu niedrig

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

nein ja

Falls ja, welche:

Herz-Erkrankungen:

nein ja

Falls ja, welche:

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

nein ja

Falls ja, welche:

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen:

nein ja

Falls ja, welche:

Körperliche oder geistige Behinderung:

nein ja

Falls ja, welche:

In Behandlung bei Psychiater oder Neurologe:

nein ja

Falls ja, haben Sie mit diesem über Hypnose gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben?

nein ja

Schwere psychische Erkrankung (Psychose):

nein ja

Falls ja, welche:

Abhängigkeit von Medikamenten:

nein ja

Falls ja, welche:

Nehmen Sie zurzeit Drogen (außer Tabak)?

nein ja

Falls ja, welche:

Trinken Sie Alkohol?

nein ja

Falls ja, was, wieviel und wie oft:

ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung):

nein ja

Falls ja, welche:

Welche Menschen haben Sie in ihrem Leben am meisten verletzt / enttäuscht:

Mutter Vater Andere:

Haben Sie ein Problem mit/Angst vor:

Strand: nein ja

Höhe: nein ja

Wiese: nein ja

Rolltreppe: nein ja

Fahrstuhl: nein ja

Tiere: Hund
 Katze
 Anderes

Gab es einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff: nein ja

Wegen welchen Themen/Problemen möchten Sie Hypnose als Unterstützung?

1.

2.

3.

4.

5.

Hauptgrund für die Sitzung / Thema:

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

Nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und denken über die Vorteile nach, die Sie durch diese wichtige Veränderung in ihrem Leben erreichen.

Zum Beispiel:

Wie sich diese Veränderung auf Ihre Arbeit auswirkt, Ihr Privatleben, Ihre Beziehungen, wie andere Menschen Sie wahrnehmen, wie Sie sich dadurch fühlen usw.

Bitte schreiben Sie mindestens sieben Vorteile auf. Es ist eine Hilfe, wenn Sie diese Vorteile positiv formulieren, 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 Sie am meisten?

Beschreiben Sie ein Beispiel:

Beschreiben Sie mir Ihre körperlichen Symptome (wenn das Problem auftritt):

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr sind Sie bereit, Veränderungen in ihrem Leben zuzulassen?
(1 = wenig, 10 = viel)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie 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 Hypnotherapeut 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 nein ja erlaubt:

Datum Unterschrift _____

(wenn digital ausgefüllt, können sie im Termin unterschreiben)

Hinweise:

Harte Kontaktlinsen

Bitte nehmen Sie diese vor der Sitzung raus, damit Sie sich besser entspannen können.

Toilette

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

Kaugummi

Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

Handy

Bitte schalten Sie ihr Handy ganz aus.

Rauschmittel: Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!