

Fragebogen zur Gewichtsreduktion mit Hypnose

- Datum:
- Name, Vorname:
- Adresse: Telefon:
- Email Adresse:
- Geburtsdatum:
- Alter:
- Geschlecht:
- Größe:
- Gewicht:
- BMI:
- Wurde in der Vergangenheit einmal eine Essstörung diagnostiziert?
- Warum möchten Sie abnehmen?
- Was ist Ihr Ziel-Gewicht?

- Haben Sie schon einmal selbst eine oder mehrere Diäten durchgeführt?
 - Wenn ja, mit welchen Ergebnissen bzw. welchem Verlauf
 - Dabei abgenommen?
 - Wieder zugenommen?
 - Jojo-Effekt?
 - Hat bei einer Diät etwas besonders gut gewirkt?

- Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung in Anspruch?

- Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?

- Hatten Sie schon einmal eine Figur, mit der Sie aus heutiger Sicht zufrieden wären?
 - Wenn ja, wann und wie war diese Figur im Vergleich zu heute?

 - War diese Figur „von selbst“ da oder mussten sie auch damals etwas dafür tun?

 - Gab es früher figurförderliche Einflussfaktoren (z.B. Sport), die heute nicht mehr vorhanden sind?

- Haben Sie relativ plötzlich zugenommen oder verlief die Gewichtszunahme „schleichend“?

- Hat sich in der Phase als Sie zugenommen haben etwas in Ihrem Leben verändert oder ist in dieser Phase etwas auffälliges geschehen, was mit dem Gewicht in Verbindung stehen könnte?

- Verbinden Sie mit der Zeit, in der Sie zugenommen haben bestimmte Gefühle (z. Bsp.: Stress, Trauer, Ärger, Bequemlichkeit, Glück, Schuld usw.)

- Welche Nahrungsmittel (Hauptmahlzeiten) genießen Sie im Alltag am liebsten und am regelmäßigsten?
- Mit Welchen Nahrungsmitteln „sündigen“ Sie am häufigsten?
- Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, das Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, das Sie gerne gar nicht mehr zu sich nehmen würden, von dem Sie aber nicht lassen können (z. B. Schokolade)?
- Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag aus?(typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit)?
 - Morgens:
 - Mittags:
 - Nachmittags:
 - Abends:
 - Nachts:
 - Gibt es Tage, die stark von diesem Schema abweichen? In welcher Form und warum?
- Haben oder hatten Sie öfter die Situation, dass Sie den Tag über versuchen, Diät zu halten und dann am Abend nachgeben und (ggf. übermäßig) sündigen? (Bspw. den ganzen Tag nur Salat und Knäckebrot, dann Abends eine Schachtel Pralinen)?

- Haben Sie jemals Essen bewusst als Belohnung oder Trost eingesetzt?
 - Wenn ja, wann und wie?

- Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“ (Geschäftsessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)?

- Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert? (Hobby-Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs, grillt gerne etc.)

- Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert (z. B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

- Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken?
 - Wenn ja, wann und wie?

- Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind?
 - Wenn ja, wie und warum?

- Essen Sie, wenn Sie müde sind? (z.B. abends vor dem Fernseher, wenn der Organismus sich auf die Nacht vorbereitet und der Blutzuckerspiegel absinkt)
 - Wenn ja, wann und wie?

- Essen Sie aufgrund von „Ritualen“? (z.B. Kuchen zum Kaffee am Nachmittag oder ein Kaffeestückchen in der morgendlichen Kaffeepause als Genuss obwohl kein Hunger vorhanden ist)

- Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind?

- Kennen Sie das Gefühl von „Futterneid“ - also bspw. wenn jemand anderes am Tisch oder im Restaurant etwas scheinbar leckereres oder mehr auf seinem Teller hat als Sie selbst?
- Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?
- Gibt es momentan auffälligen Stress in Ihrem Leben?
- Gibt es momentan problematische Beziehungen in Ihrem Leben?
- Treiben Sie Sport bzw. bewegen Sie sich regelmäßig?
 - Wenn ja, in welcher Form, in welcher Intensität und wie lange und oft pro Woche?
- Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche?
- Wie viel Wasser trinken Sie täglich?
- Rauchen Sie?
 - Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?
- Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig? (genetische Prädisposition?)
- Nehmen Sie zurzeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen ein?
- Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist?
- Haben Sie eine Erkrankung, von der bekannt ist, dass sie sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.)

- Was glauben Sie, ist das Hauptproblem, warum Sie nicht dauerhaft aus eigener Kraft abnehmen können?

- Bitte schätzen Sie anhand einer Schulnoten-Skala von 1 – 6 ein, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also auch ohne Unterstützung durch Hypnose) Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können: (1 = sehr gut; 6 = überhaupt nicht)
 - Bei einer Einladung in ein Restaurant
 - Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem großen Wochenendeinkauf
 - Wenn Sie wissen, dass etwas von Ihrer Lieblings-Süßigkeit im Schrank ist
 - Im Beisein anderer, wenn diese viel essen
 - Bei Angst und Nervosität
 - Bei Ärger über etwas oder jemanden
 - Bei Konzentrationsverlust (evtl. Hinweis auf Unterzuckerung infolge einer Insulinresistenz)
 - Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen
 - Bei Stress, um zu entspannen
 - Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen
 - Bei leichten Hungergefühlen
 - Bei Appetit am Abend (z.B. auf dem Sofa)
 - Nach dem Genuss von Alkohol

- Wo haben Sie selbst den Eindruck, dass die Wirkung der Hypnose Sie am besten unterstützen könnte?
 - Um Süßigkeiten widerstehen zu können?
 - Um ein gesünderes Essverhalten annehmen zu können?
 - Um sich mehr zu bewegen / Sport zu treiben?
 - Um gesündere / figurfreundlichere Nahrungsmittel besser genießen zu können?
 - Um einen Ernährungsplan oder Intervallfasten besser durchhalten zu können?

- Um Ihre körperlichen Voraussetzungen zu unterstützen, damit Ihr Stoffwechsel aktiviert wird?
- Sonstiges?

Datum / Unterschrift