

Personendaten

NAME, VORNAME	
ADRESSE	
GEBURTSDATUM	
TELEFON	
E-MAIL	

Behandlungsziele

Grund des Besuchs

Hauptziel der Hypnosebehandlung

Nebenziele der Hypnosebehandlung (falls vorhanden)

Seit wann besteht das zu behandelnde Thema?

Wie äussert es sich genau?



Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern (Stress, Entspannung, oder gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft)?

Haben irgendwelche Personen Einfluss auf das Behandlungsthema (Partner, Kollegen, Chef, Familie)

Gesundheitliche Situation

Liegen akute Erkrankungen vor? (Psychische Probleme, Herz/Kreislauf, Nervensystem, Anfälle)

Besteht eine Schwangerschaft:

Nehmen Sie momentan Medikamente ein? Wenn ja welche?

Wurde schon einmal eine Psychotherapie in Anspruch genommen?
Wurde schon einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert? Wenn Ja welche?



Wieviel Alkohol nehmen Sie durchschnittlich zu sich?

Nehmen Sie Drogen?

Wenn ja, wieviel?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers

Ort: _____

Datum: _____