

## Anamnesebogen für Hypnose-Behandlungen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse – Straße - Nr \_\_\_\_\_

Adresse – PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Grund des Besuchs: bitte ankreuzen oder Grund dazuschreiben

- Raucherentwöhnung
- Gewichtsreduktion
- Blockadenlösung
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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, bestimmte Ereignisse)? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

### Gesundheitliche Situation:

Bestehen derzeit noch anderen aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme oder gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen (bitte alle angeben)? Wie werden diese vertragen?  
Sind Nebenwirkungen bekannt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde schon einmal aus irgendeinem Grund eine Psychotherapie besucht? Wenn ja, weshalb und wie waren die Ergebnisse? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde konkret für das zu behandelnde Thema eine andere Therapie angeraten/ durchgeführt? Wie waren die Ergebnisse? \_\_\_\_\_

---

Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt? Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen in der Familie besonders häufig auf?

---

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

### Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie – wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol – wenn ja, wie häufig und wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen ein oder haben Sie früher Drogen eingenommen? \_\_\_\_\_

Bewerten Sie bitte auf einer Skala von 0-10 (0 Minimum, 10 Maximum) Ihr derzeitiges allgemeines Stresslevel und benennen Sie die Hauptursachen des Stress, falls vorhanden.

---

Machen Sie regelmäßig Sport – wenn ja, welchen Sport und wie häufig pro Woche ?

---

Leiden sie an Schlafstörungen?

---

Wie ernähren Sie sich (regelmäßig / gesund/ ausgewogen)?

---

Sind sie regelmäßig an der Sonne? (evtl. Saisonal abhängige Depressionen in der Winterzeit )

---

Befinden Sie sich in einer Beziehung? \_\_\_\_\_

Bestehen in der Beziehung oder generell im familiären Bereich aktuelle Krisen oder Unzufriedenheit?

---

### Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, waren sie zufrieden mit dem Ergebnis?

---

Haben Sie selbst Kenntnisse in einer Therapie- oder Coaching-Methode oder in einer meditativen Anwendung (NLP, Mentaltraining, Selbsthypnose, Yoga u.ä.) und dadurch ggf. auch Trance-Erfahrung? \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? Haben sie den Aufklärungsbogen gelesen? \_\_\_\_\_

Gibt es etwas, was der Behandler besonders beachten sollte (sollte er etwas unbedingt tun oder sollte er etwas unbedingt vermeiden)? \_\_\_\_\_

Sonstige wichtige Informationen: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten 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.

Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Klienten

**Bitte Email oder Post VOR der Behandlung zusenden**

Sabine Schwedler – Münchner Naturheilkunde

Email: [info@muenchner-naturheilkunde.de](mailto:info@muenchner-naturheilkunde.de)

Tel. 0151-70880048

Abt-Petto-Str. 31

82041 Oberhaching