HYPNOSEPRAXISLEIPZIG
ALEXANDER FENZ

Fragebogen für die Hypnosebehandlung

Liebe:r Klient:in,

Sie haben sich für eine Hypnosebehandlung entschieden. Um die Behandlung optimal vorbereiten und durchführen zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Mit freundlichen Grüßen,

Alexander Fenz

1. Persönliche Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Erlernter Beruf: _____ Ausgeübter Beruf: _____

Familienstand: _____ Schulabschluss: _____

Vorname Partner/Partnerin: _____

Hausarzt: _____

Namen & Alter Ihrer Kinder: _____

Alter von Vater & Mutter bei Ihrer Geburt: _____

Leben Ihre Eltern noch? ❍Ja ❍Nein

Wenn nein, wann sind sie gestorben? _____

Alexander Fenz
www.Hypnosepraxis-Leipzig.de
Gohliser Str. 15
04105 Leipzig
Tel.: +491627929702
Kontakt@Hypnosepraxis-Leipzig.de

Haben Sie ältere oder jüngere Geschwister? Wenn ja, wie viele Jahre Altersabstand haben Sie?

_____

Haben Sie Erfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden?
(z.B. Yoga, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung etc.)

❍Ja ❍Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie ein Problem mit bzw. Angst vor:

Stränden: ❍Ja ❍Nein
Höhen: ❍Ja ❍Nein
Wiesen: ❍Ja ❍Nein
Rolltreppen: ❍Ja ❍Nein
Fahrstühlen: ❍Ja ❍Nein
Tieren: ❍Hunde ❍Katzen ❍Andere

Andere Ängste: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ❍Ja ❍Nein ❍Vielleicht

2. Angaben zu Ihrer Problemstellung

Bitte benennen Sie das Problem:

_____

Bitte beschreiben Sie das Problem:

_____

Wie lange leiden Sie unter dem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)?

_____

Gab es einen Zeitpunkt, zu dem sich das Problem deutlich verstärkt hat? Wenn ja, wann?

_____

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer? (in Stichpunkten)

_____

Was wird durch das Problem/die Krankheit (in Ihrem Leben) verhindert?

_____

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

_____

Wozu zwingt Sie das Problem/die Krankheit?

_____

Wurden bisher Diagnosen zu Ihrem Thema getroffen? Wenn ja, welche?

_____

Gab es bereits Vorbehandlungen?
(z.B. Therapieart, Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg)

_____

Haben Sie bereits Medikamente eingenommen oder nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Bitte geben Sie Dosierung und Dauer der Einnahme an.
(z.B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel)

_____

Alexander Fenz
www.Hypnosepraxis-Leipzig.de
Gohliser Str. 15
04105 Leipzig
Tel.: +491627929702
Kontakt@Hypnosepraxis-Leipzig.de

3. Behandlungsziel

Woran würden Sie unzweifelhaft erkennen, wenn Ihr Ziel erreicht wurde?

_____

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Problem überwunden haben?

_____

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

_____

Anhand welcher Testsituationen könnten Sie dies überprüfen?

_____

Was ist Ihnen im Leben am wichtigsten?

_____

Was ist Ihr größtes Hobby oder Leidenschaft?

_____

Glauben Sie an eine höhere Kraft / höhere Kräfte?

_____

Haben oder hatten Sie Orthopädischen Probleme? Wenn ja, welche?

_____

Alexander Fenz
www.Hypnosepraxis-Leipzig.de
Gohliser Str. 15
04105 Leipzig
Tel.: +491627929702
Kontakt@Hypnosepraxis-Leipzig.de

4. Mögliche negative Konsequenzen der Heilung

Was würden Sie verlieren, wenn Sie gesund werden / Ihre Beschwerden loswerden?

_____

Was würden Sie gewinnen, wenn Sie das Problem beibehalten?

_____

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste oder Umstände, die einer Heilung im Wege stehen könnten?

_____

5. Wert der Heilung

Welche Dinge sollten Sie kurzfristig tun, um ihr Problem zu überwinden/ihr Ziel zu erreichen?

_____

Welche Dinge sollten Sie langfristig tun, um ihr Problem zu überwinden/ihr Ziel zu erreichen?

_____

Haben Sie noch weiter Informationen, die wichtig sein könnten?

_____

Bitte speichern Sie jetzt das ausgefüllte PDF-Dokument ab und senden Sie es per E-Mail an Kontakt@Hypnosepraxis-Leipzig.de.