

Anamnese Kinderhypnose



Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Alter:

Anschrift:

Telefonnummer:

Email:

Name der Mutter:

Name des Vaters:

Familienstand:

Geschwister (Name und Alter):

Stärken des Kindes:

Schwächen des Kindes:

Hobbies:

Lieblingsfarbe:

Lieblingstier:

Lieblingsheld aus Filmen oder Büchern / Comics:

Lieblingofilm:

Was mag Ihr Kind überhaupt nicht? Wogegen sträubt es sich?

Welches Problem soll gelöst werden?

Wann taucht das Problem auf? Ist es regelmäßig oder wird es durch etwas getriggert?

Was haben Sie bisher schon dagegen unternommen?

Ist die Problematik schon ärztlich abgeklärt worden (organische Ursachen)?

War das Kind schon einmal in ärztlicher Therapie (seelisch oder körperlich)?

Leidet das Kind unter Allergien oder anderen Langzeiterkrankungen?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Leidet Ihr Kind unter Schlaf- oder Eßstörungen?

Sind Alkohol, Drogen oder Zigaretten ein Problem bei Ihrem Kind?

Was sind ganz besondere Situationen im Leben Ihres Kindes ?

(Jahr oder Alter und Ereignis – z.B. Geburt, Trennungen, Ortswechsel, Traumata, Unfälle, Operationen, Mobbing in der Schule, Verluste von lieben Menschen oder Tieren etc.)

Welche Werte, Glaubenssätze und Strukturen vertreten Sie als Eltern besonders?

Datum

Unterschrift der Eltern