

# AUFNAHMEBOGEN UND ANAMNESE ZUR HYPNOSE THERAPIE



Liebe Klientin, lieber Klient,  
bevor Sie zum ersten Vorgespräch für die anstehende Hypnosetherapie bei mir in die Praxis kommen, benötige ich noch ein paar wichtige Angaben von Ihnen.  
Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit beim Ausfüllen, da hierdurch schon heilsame Erkenntnisse fließen können. Sich konzentriert mit sich selbst und seinem Thema zu beschäftigen ist schon Hypnose. Vielleicht gelangen Sie dadurch schon zu neuen, heilsamen Erkenntnissen.  
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.  
Vielen herzlichen Dank!

## KONTAKTDATEN

Vorname:	Nachname:
Anschrift:	
Geburtsdatum:	Beruf:
Telefon:	Email:
Familienstand:	Kinder:
Religion / Glauben:	

## FAMILIENANAMNESE

### ELTERN:

Name der Mutter:  lebt  verstorben

Name des Vaters:  lebt  verstorben

Meine Eltern sind:  zusammen  geschieden

### GESCHWISTER:

Name:  älter  jünger  
Name:  älter  jünger  
Name:  älter  jünger  
Name:  älter  jünger

## MEDIZINISCHE ANAMNESE

Haben Sie schon von einem Arzt abklären lassen, ob Ihr psychisches Problems eine organische Ursache haben könnte?

Ja  Nein

---

Waren oder sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder Therapie deswegen?

Ja  Nein

---

Wenn ja, bei wem?

- Name:
  - Adresse:
  - Telefonnummer:
- 

Liegt schon eine Diagnose nach ICD-10 vor, und wenn ja, welche?

---

Wenn Sie in Behandlung bei einem Psychotherapeuten, Psychiater oder Neurologen sind: Ist dieser über die Absicht, sich einer Hypnosetherapie unterziehen zu wollen, informiert?

- Nein, ich habe niemanden informiert.
  - Ja, er/sie weiß Bescheid und ist damit einverstanden.
- 

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Und wenn ja, welche und warum?

---

Nehmen Sie Drogen?  Ja  Nein  
Und wenn ja, welche und wofür?

---

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

---

Schlafen / Entspannen:  gut  normal  schlecht

---

Blutdruck:  zu niedrig  normal  zu hoch

---

Gab es einen Mißbrauch oder sexuellen Übergriff in der Vergangenheit?  Ja  Nein  
Kannten Sie den Täter?  Ja  Nein

---

Wer war es?

---

Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen?  Ja  Nein  
Gab es schon einmal einen Suizidversuch?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? ...  
Würden Sie es wieder tun?  Ja  Nein  
Wie sieht es aktuell aus? Sind Sie in Gefahr?  Ja  Nein  
Wie konkret ist das Ansinnen? Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen?  
Welche?  Ja  Nein

---

Haben Sie andauernde, starke Schmerzen?  Ja  Nein  
Welche?  
Seit wann?

---

Auf einer Skala von 1-10:  
Wie stark sind sie, wenn 1 die niedrigste und 10 die höchste Empfindung ist?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Bei welchem Wert würde sich Ihre Lebensqualität verbessern?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Gibt es nennenswerte Erkrankungen oder Störungen, von denen ich etwas wissen muss?

Ja, ich habe eine körperlich schwere, organische Erkrankung, und zwar:

Ja, ich habe eine körperliche oder geistige Behinderung, und zwar:

Ja, ich habe eine schwere psychische Erkrankung (Psychose und / oder Depression) seit:

Ja, bei mir liegt eine Abhängigkeitserkrankung (Substanzmißbrauch) vor:

Alkohol

Drogen

Medikamente

---

Leiden Sie an irgendwelchen Langzeiterkrankungen?

Nein  Ja, seit: an:

Nein  Ja, seit: an:

Waren Sie schon einmal in Behandlung wegen:

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzinfarkt                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinsuffizienz             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erhebliche Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Thrombose                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

---

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

- Epilepsie
- Starkes Asthma
- Sonstige Anfallserkrankungen:

---

Welche schweren Erkrankungen oder relevante Störungen gab es in Ihrer Vergangenheit, die Sie erfolgreich überwunden haben?

---

Welche Bewältigungsstrategien standen Ihnen hierfür zur Verfügung?

---

Wer war in dieser Zeit für Sie da?

---

Was haben Sie daraus gelernt? Welche Veränderung hat hinterher starrgefunden?

---

Auf welche Ressourcen greifen sie noch heute gerne zurück? Was tun Sie gern?

---

## KINDHEIT

Wie war Ihre Kindheit?

---

Was durften Sie als Kind nicht fühlen? Was war verboten?

---

Was verbieten Sie sich heute immer noch?

---

Wer hat Sie im Leben am meisten enttäuscht oder verletzt?

Gegen wen hegen Sie noch immer einen Groll?

Mutter    Vater    Andere, und zwar:

---

Welche Episode Ihres Lebens hat Sie nachhaltig positiv geprägt?

---

Welche Episode Ihres Lebens hat Sie nachhaltig negativ geprägt?

---

Welche Glaubenssätze sind daraus entstanden und welche Überzeugungen tragen Sie heute dadurch mit sich (positiv wie negativ)?

## PROBLEMKLÄRUNG

### Thema:

Wegen welcher Thematik kommen Sie in die Hypnosetherapie?  
Benennen Sie stichhaltig und kurz Ihr Problem / Ihre Probleme!

---

Wenn es mehrere Probleme gibt:

An welchem Thema möchten Sie zuerst arbeiten?

Welches Lebensthema trägt gerade die stärkste Ladung / den größten Druck / erzeugt die größte Anspannung / enthält den schlimmsten Schmerz?

---

Auf einer Skala von 1-10 – wie stark beeinträchtigt Sie Ihr Problem, wenn 1 die niedrigste und 10 die höchste Belastung darstellt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Warum ist es ein Problem? Was stört Sie besonders daran?

Was können Sie dadurch nicht tun? Woran hindert es Sie?

Wie schränkt das Problem Ihr Leben ein?

---

Welche Bereiche des täglichen Lebens sind davon am meisten davon betroffen?

Sortieren Sie die Bereiche der Reihenfolge nach, beginnen Sie mit dem am stärksten Betroffenen zuerst:

---

Wann trat das Problem zum ersten Mal auf und was passierte gerade in Ihrem Leben zu diesem Zeitpunkt? Gab es einen konkreten Auslöser?

Wann und wodurch taucht das Problem auf?

Welche Situationen oder Bedingungen sind daran gekoppelt und lösen es aus (Trigger)?

---

Wann waren Sie das letzte Mal mit dem Problem konfrontiert?

Beschreiben Sie kurz die Situation!

---

Wie haben Sie sich dabei gefühlt?

Welche negativen Emotionen waren daran beteiligt

Wut  Scham  Schuld  Trauer  Angst  ...

---

Was ist Ihre größte Angst? Was könnte passieren, wenn ...?

---

Was tun Sie, um diese negativen Gefühle möglichst nicht spüren zu müssen (Strategie)?

Womit unterdrücken Sie sie, oder was vermeiden Sie deshalb?

---

Wie hoch ist die Belastung / Enge / Angst auf einer Skala von 1-10 anzusiedeln,  
wenn 1 die niedrigste und 10 die höchste Belastung darstellt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Wie machen sich die negativen Gefühle körperlich bemerkbar?  
Wo im Körper spüren Sie das negative Gefühl, wenn Sie an Ihr Problem denken?

---

Welche körperlichen Beschwerden oder chronische Krankheiten sind eventuell schon daraus entstanden?

---

Was haben Sie schon unternommen, um das Problem selbst zu lösen / zu beseitigen, und wie erfolgreich war das?

---

Was / wer hilft Ihnen? Was tut Ihnen gut? Was macht die Symptome besser?

---

Was macht alles schlechter? Was verstärkt das Problem? Was hält es aufrecht?

---

Woran fehlt es Ihnen Ihrer Meinung nach, um im Leben weiter zu kommen?  
Welche Eigenschaft und Fähigkeit hätten Sie gern?

Hatten Sie sich vor der Anfrage bei mir andere Hilfe geholt?

- Hausarzt    Psychologe    Psychiater    Psychotherapeut    Kinesiologe
- Anderes:
- Nichts

---

Wenn es schon Behandlungen gab, was war das Ergebnis?  
Beschreiben Sie kurz die empfundenen Erfolge und Mißerfolge dieser Therapie(n)!

## ZIELBENENNUNG

Was wäre die wichtigste Veränderung, die Sie durch die Hypnose-therapie erreichen möchten? Welches Ziel erhoffen Sie sich, zu erreichen?

---

Woran werden Sie am schnellsten erkennen, dass Sie an Ihrem Ziel angekommen sind?

---

Was muss sich verändern, damit Sie zufrieden sind (Verhalten, Personen)?

---

Welche Handlungen und Verhaltensweisen könnten Sie schon jetzt selbst einbringen, damit Ihr Ziel schneller erreicht wird?

---

Was bedeutet Glück für Sie? Wonach sehnen Sie sich?  
Welche Bedürfnisse in Ihnen wollen am meisten gestillt werden?

---

Wie würde Ihr Leben ohne dieses Problem aussehen? Haben Sie eine Vorstellung davon?  
Versuchen Sie einmal, sich hineinzusetzen und beschreiben Sie mir einen glücklichen Tag.  
Was wäre anders? Welche Möglichkeiten stünden Ihnen dann offen?  
Was könnten Sie alles tun, was jetzt noch nicht möglich ist?

## 10 POSITIVE SUGGESTIONEN FÜR DIE ZUKUNFT

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um über die Vorteile nachzudenken, die sich durch die wichtige Arbeit an sich selbst ergeben werden.

Was ist Ihnen besonders wichtig?

Formulieren Sie 10 Sätze, die Ihr neues Leben beschreiben. Formulieren Sie die Sätze in der Gegenwart und verwenden Sie dabei keine Verneinungen.

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

## FRAGEN ZUR VORBEREITUNG AUF DIE HYPNOSE

Haben Sie Hypnose schon einmal erlebt?

Ja  Nein

---

Wer hat Sie behandelt / hypnotisiert?

---

Was war der Grund?

---

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren?

Ja  Nein  Vielleicht

Bei "Nein" oder "Vielleicht":

Wie kommen Sie zu dieser Annahme?

---

Wie nehmen Sie intuitive Botschaften Ihres Unterbewusstseins wahr?

- Bilder oder einen Film sehen
- Stimmen hören
- einen Einfall haben und es plötzlich wissen
- Ich spüre es an einer besonderen Körperreaktion.

---

Wie nennen Sie die höhere Instanz, in die Sie sich eingebettet fühlen (die Ihnen Schutz und Sicherheit bietet)?

- Natur  Universum  Gott  Großes Ganzes  Einheit  Allgegenwärtigkeit
- Schöpferkraft  anders, und zwar:

---

Wer oder was soll Sie aus der geistigen Welt bei Ihrem Prozess noch unterstützen?

- Intuition  Höheres Selbst  Seele  Überbewusstsein  Schutzengel
- Geistführer  anders, und zwar:

---

Haben Sie ein Problem mit / Angst vor:

- Strand  Fahrstuhl  Wiese  Höhe

---

Haben Sie Probleme mit:

- Schultern  Nacken  Armen  Händen  Handgelenken?
-

Kommen Sie freiwillig oder hat Sie jemand geschickt?

---

Wie stark ist der Veränderungswille auf einer Skala von 1 – 10,  
wenn 1 der niedrigste und 10 der höchste Wert ist?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Möchten Sie sich wirklich vom alten Ich lösen, oder steht der Veränderung noch etwas im  
Wege? (Sekundärer Krankheitsgewinn)

---

Welche negativen Auswirkungen hätte Ihre Veränderung womöglich für Ihr Umfeld, und  
könnten Sie damit leben?

---

Welchen Nachteil hätte die Veränderung eventuell für Sie?

---

Gibt es Ängste oder Bedenken bezüglich der Hypnose?

---

Gibt es noch Fragen? Muß noch etwas geklärt oder erklärt werden?

---

Wie haben Sie mich gefunden?

- Empfehlung durch:
  - Internetrecherche, und zwar über:
  - Praxisschild
  - Anderes:
-

## HINWEISE

### **Harte Kontaktlinsen:**

Bitte nehmen Sie diese vor der Sitzung raus, damit Sie sich besser entspannen können!

### **Toilette:**

Vor der Hypnosetherapie ist es ratsam, noch einmal auf Toilette zu gehen.

Sollten Sie während einer Sitzung den Drang dazu verspüren, geben Sie bitte Bescheid.

Auch während einer Hypnose ist das Austreten möglich.

### **Kaugummi:**

Bitte Kaugummi, falls vorhanden, vorher entfernen.

### **Handy:**

Bitte schalten Sie Ihr Handy aus oder auf Flugmodus!

Möchten Sie Ihre Sitzung zur privaten Nutzung aufzeichnen, geben Sie mit bitte Bescheid.

### **Rauschmittel:**

Kein Alkohol- oder Drogenkonsum vor der Sitzung!

Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, die übermäßig Drogen oder Alkohol

konsumieren, wird geraten, drei Tage vor der Sitzung auf diese Substanzen zu verzichten.

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, über die Hypnose entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben. Ich erlaube, die Hypnose durchzuführen.

Mir ist bewusst, dass in der Hypnose generell an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte gearbeitet wird.

Meine Hypnosetherapeutin macht keine Heilversprechen. Ich übernehme die volle Verantwortung für den Erfolg oder Mißerfolg dieser Therapie und bemühe mich im eigenen Sinne, so mitzuarbeiten, dass meine Ziele gut erreicht werden können. Tue ich das nicht, kann die Therapeutin die weitere Zusammenarbeit verweigern.

Die Hypnose ersetzt nicht eine professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung.

Mir wurde in keiner Form oder Weise davon abgeraten, eine ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen. Auch wurde mir nicht dazu geraten, Medikamente einzunehmen oder abzusetzen ohne die ausdrückliche Zustimmung meines Vertrauensarztes.

Der Kontakt per E-Mail zur Unterstützung, Qualitätskontrolle und Nachbereitung ist erlaubt.

Ja  Nein

Ort / Datum:

Unterschrift:

---