

eigenmut. Anamnese

Angaben zur eigenen Person

Name, Vorname:

Alter:

Kontakt:

Persönliche Behandlungsziele

Grund des Besuches:

Hauptziel der Hypnosebehandlung:

Mögliche Nebenziele:

Seit wann besteht das zu behandelnde Thema?:

Wie äußert es sich?:

Gesundheitliche Situation

Bestehen derzeit aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme bzw. gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft)?:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Werden diese gut vertragen und sind Nebenwirkungen bekannt?:

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung?:

Leiden Sie unter Allergien oder sind Unverträglichkeiten bekannt?:

Rauchen Sie, trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen (bitte um Angabe der ungefähren Menge und Art)?:

Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten?:

Wie stufen Sie Ihr aktuelles Stresslevel auf einer Skala von 0-10 ein (0 entspricht dem Minimum) und wie äußert sich dies?:

Gibt es etwas, was der Behandelnde besonders beachten oder vermeiden sollte?:

Vielen Dank für diese detaillierten Informationen. Alle Angaben dienen der individuell auf Sie abgestimmten Behandlungs- und Beratungsplanung und werden vertraulich behandelt. Alle erfassten Daten unterliegen der Schweigepflicht.

Im Rahmen dieser Behandlung werden spezifische hypnotische Methoden und Techniken angewandt. Der Erfolg hängt von vielerlei Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch eingeschätzt werden. Diese Behandlungsform verspricht keine Heilung und ersetzt keine ärztliche Behandlung, sondern eignet sich vielmehr zur komplementären Ergänzung bisheriger Therapieformen. Jegliche Haftung gegenüber negativen Folgewirkungen wird meinerseits abgelehnt.

Sollten Sie in psychiatrischer Betreuung sein oder psychische Beeinträchtigungen haben, sind Sie verpflichtet, mir dies mitzuteilen. Wenn nicht anders auf der Anamnese angegeben, so gehe ich davon aus, dass Sie zum Zeitpunkt der Konsultation weder schwanger sind, noch unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen, mir bestehende behandlungsrelevante Krankheiten, wie insbesondere Herz- und Kreislaufbeschwerden, bekannt geben und volljährig sind.

Sie betätigen mir mit Ihrer rechtsverbindlichen Unterschrift den Wahrheitsgehalt Ihrer Angaben sowie die Akzeptanz aller soeben genannten Bedingungen.

Ort/Datum:

Unterschrift der Klientin/ des Klienten

Unterschrift Luise Böhme