

Anamnese - Bogen

Patienten Daten

(vor der ersten Sitzung auszufüllen)

Vorname: _____ **Name:** _____

Strasse/ Nr.: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

E-Mail: _____ **Webseite:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** weibl. männl.

Fam.stand: _____ **Kinder:** _____

Beruf: _____ **Religion:** _____

Eltern: _____ **Geschwister:** _____

Spezielle Infos zur Familie, Kindheit, Jugend, Ehe, Partnerschaft, Sexualität: _____

Alkohol/Drogen ein Problem? Ja: Was/Wieviel/Wann? _____ Nein:

Rauchen? Ja: Nein: Schlafen / Entspannen: Gut Normal Schlecht

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden: _____

Hat jemand bereits einmal versucht, Sie zu hypnotisieren? Ja: Nein:

Wer: _____ Grund: _____

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? Ja/Nein/Weiß nicht: _____

Wieso diese Annahme?: _____

Medizinische Patientengeschichte

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? Ja: Nein: Wenn ja, warum/Begründung?

Litten/Leiden Sie an Langzeiterkrankungen? Ja: Nein: Seit wann? _____

Welche?: _____ Waren Sie je in Behandlung für Ja: Nein:

Herz: _____ Diabetes: _____ Epilepsie: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja: Nein:

Wenn ja, warum und welche? _____

Anamnese - Bogen

Grund/Gründe, warum Sie zur Hypnosebehandlung kommen:

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

Haben Sie schon etwas unternommen, um oben erwähnte(s) Problem(e) zu lösen/lindern?

Ja: Nein: Was? _____

Ergebnis der Behandlung: _____

Haben Sie noch Fragen zur Hypnose? Ja: Nein: Wenn ja, welche?

-
- Ich bestätige hiermit, über die Hypnose entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.
 - Ich erlaube der Hypnotiseurin Janina Jacobi diese Behandlung entsprechend durchzuführen. Sämtliche Inhalte sind vertraulich.
 - Frau Jacobi diagnostiziert keine Krankheiten und macht keine Heilversprechungen. Auch in meinem Fall ist dies nicht geschehen.
 - Der Besuch bei Frau Jacobi ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung. Frau Jacobi hat mir auch nicht in irgendeiner Form davon abgeraten ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/ oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.
 - Generell arbeitet Frau Jacobi an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte.
 - Ich wurde darüber aufgeklärt, was mich bei der Behandlung durch Frau Jacobi erwartet, insbesondere auch über die Höhe des dafür zu entrichtenden Honorars.

Schriftlicher Kontakt erlaubt? Ja: Nein: (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up)

Unterschrift: _____ Datum: _____

PS: **Harte Kontaktlinsen:** Wir bitten Sie diese abzulegen, um sich besser zu entspannen.
Toilette: Vor der Hypnosetherapie falls notwendig bitte noch auf die Toilette gehen.
Kaugummi/ Handy: Bitte Kaugummi falls vorhanden entfernen; Handy ganz aus.