

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse)?

Bestehen noch andere aktuelle gesundheitliche und emotionale Probleme?

Von wem sind Sie schon einmal enttäuscht oder verletzt worden?

Werden zurzeit irgendwelche Medikamente eingenommen?

Wurde schon einmal eine Psychotherapie besucht? Wenn ja, weshalb?

Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt und wenn ja, bei wem?

Existieren psychische Erkrankungen in der Familie, wenn ja, bei wem? Ja - Nein

Besteht Suizidalität oder suizidale Gestimmtheit? Ja - Nein

Heutiges Befinden (Stimmung und Affekt)

traurig deprimiert ärgerlich wütend gestresst unter Druck voller Angst schuldig
machtlos hilflos unsicher orientierungslos motiviert hoffnungsvoll gut gelaunt gereizt
oder:

**Immer wiederkehrende Gefühle oder Gedanken oder Handlungen, die Sie belasten?
(Befürchtungen, Zwänge)**

Was wäre Ihr schlimmster Gedanke?

Welche eigenen Möglichkeiten gäbe es zur Veränderung?

Wenn es Ihnen besser ginge, woran würden Sie das merken?

Empfinden Sie sich als angenommen und akzeptiert? Ja Nein Geht so

Können Sie sich öfters belohnen? Ja Nein Geht so

In welchen Bereichen wünschen Sie eine weitere Veränderung?

Partnerschaft Familiäre Situation Berufliche Situation Hobbys/Freizeit/Freunde Finanzen
Wohnsituation Kommunikation Selbstsicherheit
Anderes:

Gibt es unpassende Gewohnheiten, die Sie ablegen möchten?

Bestehen körperliche Störungen (chronische / vegetative / somatoforme Beschwerden)?

Schlafbeschwerden? (Einschlafen / Durchschlafen)

Verdauungsbeschwerden? (Hang zu Verstopfung/Durchfall)

Rückenschmerzen / verspannte Schultern?

Gelenkbeschwerden / Extremitäten?

Kopfschmerz / Migräne?

Schwindel / Herzklopfen / Schwitzen

Atembeschwerden

Allergien?

(bei Frauen) Monatsbeschwerden?

Rauchen Sie, trinken Sie Kaffee oder gebrauchen Sie Alkohol oder Drogen?

Psychopathologischer Erhebung

Bewusstseinsverminderung (schläfrig, benommen) Ja – Nein

Bewusstseinstrübung (Personenverkennung, Zerfall des Erlebens) Ja – Nein

Bewusstseinsengung (Themenfixierung) Ja – Nein

Orientierung (räumlich, zeitlich) Ja – Nein

Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Auffassung

Schlechte Konzentration Ja – Nein

Sprunghaftigkeit der Gedanken Ja – Nein

Gedächtnisprobleme Ja – Nein

Antrieb, Psychomotorik

Antriebshemmung (Ermüdung, langsamer Redefluss) Ja – Nein

Gesteigerter Antrieb (aufgekratzt sein, Redefluss) Ja – Nein

Ich-Erleben

Unwirklich (Umgebung wie im Film) Ja – Nein

Unecht (fühle mich unecht an) Ja – Nein

Gedankenausbreitung (laut, hörbar für andere, andere kennen eigene Gedanken) Ja – Nein

Gedankenentzug (Gedanken werden „gestohlen“, weggesogen) Ja – Nein

Gedankeneingebung (andere machen, dass ich denke) Ja – Nein

Fremdbeeinflussung (Denken, Wollen, Handeln) Ja - Nein

Weitere Themen:

Gibt es weitere Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie beeinflussten?

(Selbstmord in der Familie, sexueller Missbrauch, Aufenthalte in Psychiatrie oder Gefängnis?)

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie war das, wie ist der Kollege vorgegangen?

Sonstige Anmerkungen:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können.

Bitte beachten Sie, dass psychische Erkrankungen (Depression, Wahnvorstellungen etc.) oder Herzerkrankungen Kontraindikationen für die Hypnose darstellen können.

Es gibt dann eventuell andere Möglichkeiten der Behandlung, die aber zwingend besprochen werden müssen.

Unterschrift Klient/in



Cornelia Müller
Praxisinhaberin

Ort, Datum