

## Kunden-Daten

## Anamnese

Tonaufnahme <input type="checkbox"/>	Selbsthypnose <input type="checkbox"/>	
Esdaile <input type="checkbox"/>	Suggestion rot/grün <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/> _____
Ultra-Height <input type="checkbox"/>	Duzis <input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_ Details: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich  männlich

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Religion: Ein Thema früher/heute? \_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_ Geschwister: \_\_\_\_\_

**Info's zu Familie:** Wie ist die Beziehung? \_\_\_\_\_

Kindheit? Schulzeit? Traumatische Erfahrungen? \_\_\_\_\_

Jugend? \_\_\_\_\_

Ehe / Partnerschaft? \_\_\_\_\_

Schuldgefühle (religiös, sozial, ...)? \_\_\_\_\_

(Sexualität?) \_\_\_\_\_

Hobbies? \_\_\_\_\_

Alkohol? Drogen? Wenn ja, Probleme mit oder ohne? \_\_\_\_\_

Rauchen? \_\_\_\_\_ Partner? Geschwister? \_\_\_\_\_

Schlafen / Entspannen: gut  normal  schlecht  \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal mit Hypnose behandelt? \_\_\_\_\_

Durch wen? \_\_\_\_\_ Grund / Erfolg: \_\_\_\_\_

Glauben Sie, dass Sie in Hypnose waren? JA / NEIN / WEISS NICHT \_\_\_\_\_

Wieso diese Annahme? \_\_\_\_\_

## Medizinische Anamnese

Sind Sie oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (körperlich oder seelisch/psychisch)? JA  NEIN

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Falls psychotherapeutische Behandlung, ist schriftl. Einwilligung vorhanden? \_\_\_\_\_

Langzeit-Erkrankungen vorhanden? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Noch in Behandlung? \_\_\_\_\_

Waren Sie je in Behandlung wegen Herzproblemen? \_\_\_\_\_

Diabetes oder Epilepsie? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? JA  NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Antidepressiva? Antiepileptika? \_\_\_\_\_

Weiss der Arzt Bescheid über die geplante Hypnose-Therapie? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## Grund/Gründe, warum Sie zur Hypnose-Behandlung kommen?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Wir arbeiten immer einen Grund nach dem anderen ab... wir haben 100% zur Verfügung, die wir nicht teilen wollen.

Wann haben Sie das zum 1.x verspürt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie fühlt es sich an? \_\_\_\_\_

Was haben Sie schon unternommen, um obenerwähnte(s) Problem(e) zu lösen/lindern?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ergebnis davon: \_\_\_\_\_

Gibt es Zeiten, in denen es besser / schlechter ist? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschtes Ergebnis der Hypnose-Behandlung: Was ist das Ziel (positiv formuliert)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was wäre das Schlimmste, was geschehen könnte, wenn Ihr Problem/Symptom sich aufgelöst hat? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie soll es sich anfühlen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie noch Fragen zur Hypnose? NEIN  JA

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, vollständig über die Hypnose aufgeklärt worden zu sein und korrekte Angaben gemacht zu haben.

Ich erlaube der Hypnose-Therapeutin SIBYLLE WIDMER, die gewünschte Therapie entsprechend durchzuführen. Alle Daten und Inhalte werden vertraulich behandelt.

SIBYLLE WIDMER diagnostiziert keine Krankheiten und macht keine Heilversprechen. Dies ist auch in meinem Fall nicht geschehen.

Eine Hypnose-Therapie ersetzt weder die professionelle, ärztliche Behandlung noch die professionelle, ärztliche Beratung. SIBYLLE WIDMER hat mir in keiner Form geraten, ärztlich verordnete Behandlungen/Beratungen abubrechen/abzuändern und auch nicht geraten, medikamentöse Therapien einzuleiten, abubrechen oder zu verändern.

In der Hypnose-Therapie wird an der Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte gearbeitet und an der Stärkung meiner Gesundheit.

Schriftlicher Kontakt zum Zweck der Qualitätskontrolle erlaubt? JA  NEIN

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_