



viva therapie

Praxis für Psychotherapie und Medizinische Hypnose

Anamnesebogen für (Hypnose-)Behandlungen

1. Persönliche Daten

1. Vorname + Nachname:
2. Adresse:
3. Geburtsdatum:
4. Telefon:
5. email:
6. Wie ist in Kürze Ihre familiäre Situation?
7. Haben Sie Kinder?
8. Was machen Sie beruflich?
9. Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?

2. Behandlungsziele

1. Was ist der Grund Ihres Besuchs?
2. Was ist Ihr Ziel einer (Hypnose-)Behandlung?
3. Welche weiteren Ziele haben Sie an eine (Hypnose-)Behandlung?
4. Seit wann besteht das zu behandelnde Thema?
5. Wie äußert es sich genau?
6. Welche Dinge, Ereignisse, Situationen oder Personen verstärken oder lindern Ihr Problem?
7. Wer oder was in Ihrem sozialen Umfeld könnte Ihre Heilung behindern? (privat und beruflich)



viva therapie

Praxis für Psychotherapie und Medizinische Hypnose

3. Gesundheitliche Fragen (Fragen wegen Wechselwirkungen oder Genetik)

1. Haben Sie aktuell oder chronisch gesundheitliche Probleme?
2. Haben Sie aktuell oder chronisch andere emotionale oder seelische Probleme?

3. Sind Sie schwanger?
4. Besteht bei Ihnen eine Epilepsie?
5. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? (bitte alle angeben)
 - a. Wie vertragen Sie diese?
 - b. Haben Sie Nebenwirkungen von den Medikamenten?
6. Haben Sie für Ihr heutiges Thema bereits eine andere Therapie durchgeführt?
 - a. Wie waren die Ergebnisse?
 - b. Wie lange dauerte die Therapie?
7. Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Probleme?
8. Existieren in Ihrer Familie andere psychische Erkrankungen?
 - a. Treten diese vermehrt auf?
9. Haben sie bereits zu einem anderen Thema eine oder mehrere Psychotherapien durchgeführt?
 - a. Wenn ja, weshalb?
 - b. Wenn ja, wie waren die Ergebnisse?
 - c. Wenn ja, wann?
 - d. Wenn ja, wie lange dauerte die Therapie?
10. Haben Sie Allergien oder andere Unverträglichkeiten?



viva therapie

Praxis für Psychotherapie und Medizinische Hypnose

4. Bitte unterstreichen Sie, welche der folgenden Beschreibungen aktuell auf Sie zutreffen:

depressive Verstimmungen - Rededrang - Angst in Menschenmengen - überaktiv - immer fröhlich - oft den Tränen nahe - sorglos - kein Interesse/ keine Freude an Aktivitäten - die Ärzte wissen nicht, woran ich leide - rastlos - Angst das Haus zu verlassen - manchmal nehme ich meine Umgebung als leblos wahr - Angst zu reisen - sehr schnell ablenkbar - ich habe das Gefühl „neben mir zu stehen“ - die Ärzte nehmen meine Beschwerden nicht ernst - mein Körper ist mir fremd - unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen - Angst sich zu blamieren - manchmal habe ich das Gefühl, meine Umgebung sei unwirklich - emotionale Taubheit - unruhig - Selbstmordgedanken - plötzliche Angstanfälle ohne Grund - Selbstmordversuche - dauerhaft Angst - mir drängen sich Handlungen auf, die ich ausführen muss - müde - kraftlos - ich fühle mich wertlos - meine Gefühle kommen mir oft fremd vor - ich kann mich oft nur schwer an Dinge erinnern - ständig nervös - ich habe Schuldgefühle - mir drängen sich Gedanken auf, die ich ausführen muss - Konzentrationsprobleme - ich kann mich oft nicht entscheiden - Angst zu sterben - Herzrasen - Schmerzen in der Brust - Schlaflosigkeit - Schmerzen im Rücken/ in den Schultern/ im Nacken - Gewichtszunahme - Erstickungsgefühle - Schwindel - Magenbeschwerden - erhöhte Muskelspannung - meine Haut juckt/brennt/fühlt sich taub an - Gewichtsverlust - Oberbauchbeschwerden - Engegefühl in der Brust - vermehrter Schlaf - Zittern - Schweissausbrüche - Taubheitsgefühle - Kribbeln - Übelkeit - Benommenheit

5. Bitte unterstreichen Sie auch die folgenden Symptome, falls Sie aktuell bei Ihnen vorkommen:

1. Leiden Sie unter **Antriebsmangel**, erhöhter **Ermüdbarkeit** nach kleinen Anstrengungen, **Aktivitätseinschränkung** oder **Langsamkeit**?
2. Leiden Sie unter **Interessensverlust** oder Freudlosigkeit?
3. Ist Ihre Stimmung gedrückte oder depressiv?

1. Haben Sie einen verminderten **Appetit** oder haben Sie in letzter Zeit stark abgenommen?
2. Ist Ihre **Konzentration** oder **Aufmerksamkeit** vermindert?
3. Haben Sie ein vermindertes **Selbstwertgefühl** oder **Selbstvertrauen**?
4. Haben Sie **Suizidgedanken** oder haben Sie sich schon einmal bewusst selbst verletzt? (Suizidhandlung)
5. Leiden Sie unter **Schuldgefühlen** und haben Sie Gefühle von Wertlosigkeit?
6. Leiden Sie unter **Schlafstörungen**?
7. Haben Sie negative und pessimistische **Zukunftsperspektiven**?
 - **mind. 2 Wochen**, es sei denn außergewöhnlich schwer
 - gedrückte Stimmung ändert sich wenig v. Tag zu Tag, unterliegt aber Tagesschwankungen

(interne Anmerkung: l: 2/3 + 2/7 - m: 2/3 + 3/7 - s: 3/3 + 4/7)



viva therapie

Praxis für Psychotherapie und Medizinische Hypnose

6. Lebensgewohnheiten (Fragen wegen Wechselwirkungen)

1. Gibt es in Ihrem sozialen Umfeld aktuelle Krisen oder Unzufriedenheit?
2. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
3. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig und wie viel?
4. Nehmen Sie Drogen ein oder haben Sie früher Drogen eingenommen?
5. Wie bewerten Sie Ihr derzeitiges allgemeines Stresslevel von 0-10 (10 = max).
 - a. Was sind die Ursachen für Ihren Stress?
6. Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?
7. Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten? Kommen Sie mit diesen gut zurecht?
8. Wie ernähren Sie sich (regelmäßig/ gesund/ ausgewogen)?
9. Wie viel Licht/ Sonne bekommen Sie täglich?

7. Fragen zur Hypnose

1. Wurden Sie schon einmal hypnotisiert?
2. Wenn ja, wie war das? Wie ist die Kollegin oder der Kollege vorgegangen?
3. Haben Sie Erfahrung mit Meditation, Yoga oder anderen Entspannungsübungen?
4. Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? (siehe Aufklärungsbogen für Hypnose)
5. Gibt es etwas, das ich besonders beachten oder vermeiden sollte?

8. Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben. Ich bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Mir ist bewusst, dass eine telefonische oder online Therapiestunde mit je 60,- € (minutengenau) und eine Therapiestunde mit je 80,- € (minutengenau) berechnet wird. Mir ist bewusst, dass bei Absage eines Termins < 24 Stunden zuvor 100% des Honorars berechnet wird.

Datum und Unterschrift der Klientin/ des Klienten