

# AMNESEBOGEN HYPNOSE



## Persönliche Daten

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

(Mobil-)Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Behandlungsziele

Hauptziel  
der Hypnosebehandlung: \_\_\_\_\_

Nebenziele der  
Hypnosebehandlung \_\_\_\_\_

Seit wann besteht das  
zu behandelnde Thema? \_\_\_\_\_

Wie äußert es sich genau? \_\_\_\_\_

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

---

---

---

Haben irgendwelche Personen Einfluss auf das Behandlungsthema (Partner,  
Kollegen, Chef, Familie)?

---

---

---

## Gesundheitliche Situation

Bestehen derzeit noch anderen aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme  
oder gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft)?

---

---

---

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen      Ja       Nein

Welche ?

---

---

---

---

Wie werden diese vertragen? \_\_\_\_\_

Sind Nebenwirkungen bekannt? Ja  Nein

Hatten Sie schon eine Psychotherapie besucht? Ja  Nein

Wenn ja, weshalb und wie waren die Ergebnisse?

---

---

---

Sind **psychiatrische Erkrankungen** bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, welche und wo wurden Sie behandelt?

Sind **Epilepsien** bekannt? Ja  Nein

Wurde für das zu behandelnde Thema bereits eine andere Therapie angeraten oder durchgeführt? Ja  Nein

Wie waren die Ergebnisse?

---

---

---

Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt?

---

---

---

Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen in der Familie besonders häufig auf?

---

---

---

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

## Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie Ja  Nein

wenn ja,  
wie viele Zigaretten pro Tag?

---

Trinken Sie Alkohol Ja  Nein

wenn ja, wie häufig und wie viel?

---

Hatten Sie schon Kontakt mit Drogen Ja  Nein

Wenn Ja, welche:

---

---

---

**Bewerten Sie bitte auf einer Skala von 0-10** (0 = gering, 10 maximal)

Ihren derzeitigen allgemeinen Stresslevel und benennen Sie bitte die Hauptursachen des Stresses, falls vorhanden.

Allgemeiner Stresslevel (0-10)

---

Ursachen des Stresslevel?

---

Machen Sie regelmäßig Sport – wenn ja, welchen Sport und wie häufig?

---

---

---

Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten? Kommen Sie mit diesen gut zurecht?

---

---

---

Wie ernähren Sie sich (regelmäßig / gesund/ ausgewogen)?

---

---

---

Bekommen Sie genug Licht / Sonne? (evtl. Saisonal abhängige Depressionen in der Winterzeit oder bei Büroangestellten?)

---

---

---

Befinden Sie sich in einer Beziehung? Bestehen hierin oder generell im familiären Bereich aktuelle Krisen oder Unzufriedenheiten

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert?      Ja       Nein

Wenn ja, wie war das, wie ist der Kollege vorgegangen?

---

---

---

---

Haben Sie selbst Kenntnisse in einer Therapie- oder Coaching-Methode oder in einer meditativen Anwendung (NLP, Mentaltraining, Selbsthypnose, Yoga u.ä.) und dadurch ggf. auch Trance-Erfahrung?

---

---

---

Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? (siehe Aufklärungsbogen für Neuklienten)

---

---

---

Wie stellen Sie sich eine Hypnosebehandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor?

---

---

---

---

---

---

## Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen

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

Ich verstehe, dass – wie auch in der Medizin - keine Heilung versprochen werden darf und auch keine andere ärztliche Behandlung ersetzt wird.

1. dass die Präventionsleistungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden.
2. dass er das vereinbarte Honorar in voller Höhe zu tragen hat und die Vergütung sofort fällig ist.
3. dass es der Wunsch des Kunden war, das Angebot für Präventionszwecke zu nutzen und keine Krankheit behandelt wird und keine akute Krankheit vorhanden ist.

## Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der Hypnoseanwendung (bitte ankreuzen) ...

- einverstanden.  
 nicht einverstanden.  
 Eine Kontraindikation (Psychose, Epilepsie) ist mir nicht bekannt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Klienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Behandlers

## Ort der Durchführung:

**Gruppenhypnosen** : **Tanzraum**  
**Einzelhypnosen** : **Ockershäuser Str. 71,**  
**35037 Marburg**

**oder**

**Einzelhypnosen** : **Bornshecke 14**  
**35085 Roßberg**