

Fragebogen zur Gewichtsreduktion mit Hypnose

Hinweis: Dieser Fragebogen ist *ergänzend* zum Basis-Erfassungsbogen mit den Angaben zur gesundheitlichen Situation und der Klärung der Kontraindikationen anzuwenden



Erfassungsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Geschlecht: Mann Frau

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Der Body-Mass-Index errechnet sich aus dem Körpergewicht, dividiert durch das Quadrat der Körpergröße. Ein 1,80 m großer Mensch mit einem Gewicht von 70 kg hätte demzufolge einen Body-Mass-Index von 21,6 ($70 / 1,80 \times 1,80 = 21,6$).

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr Ziel Gewicht _____ Kilogramm

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen? Ja Nein

Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren *sollten* und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?

Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?

Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben?

Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit in Ihrem Leben (z. Bsp.: Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld usw.)

Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten?

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, das Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z. B. Schokolade)?

Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag Essverhalten (typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit)?

Morgens: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja wann und wie?

Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“ (Geschäftessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)?

**Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert?
(Hobby-Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs etc.)**

Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert (z. B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum?

Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind? Ja Nein

Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit? Ja Nein

Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben? Ja Nein

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja was und wie oft pro Woche? _____ Tage

Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche? _____ Tage

Wie viel Wasser trinken Sie täglich? _____ Liter

Wie viel Softdrinks trinken Sie täglich? _____ Liter

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Stück

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?

Nehmen Sie zurzeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen? Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist? (Abgleich auch über den gesundheitlichen Erfassungsbogen möglich)

Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.)

Was glauben Sie ist das Hauptproblem, warum Sie nicht dauerhaft abnehmen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) nicht Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich; 3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

Bei einer Einladung in ein Restaurant:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Im Beisein anderer, wenn diese viel essen:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bei Angst und Nervosität:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bei Ärger über etwas oder jemanden:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bei Konzentrationsverlust:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bei Stress, um zu entspannen:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bei leichten Hungergefühlen:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers