



## Anamnesebogen / Hypnotherapie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Für unsere hypnotherapeutische Arbeit ist es sehr hilfreich, wenn Sie im Vorfeld diesen Fragebogen ausfüllen. Im persönlichen Gespräch werden wir dann Ihr Anliegen vertiefen. In der Regel empfehle ich auch, sich auf meiner Webseite [www.maikebaumann.de](http://www.maikebaumann.de) den Bereich Hypnoakupunktur/Hypnotherapie durchzulesen. Die meisten Patienten haben Fragen zu dem Thema Hypnotherapie und auf diese Weise können Sie schon einen guten Eindruck gewinnen, wie ich arbeite.

Um das ärztliche Gespräch und die Behandlung vorzubereiten, nehmen Sie sich bitte die Zeit und beantworten in Ruhe die folgenden Fragen und bringen Sie bitte auch wichtige Arztbriefe und Befunde mit.

Vielen Dank!

Name, Vorname:

Geburtsdatum, -ort, wenn bekannt auch die Zeit:

Adresse:

Beruf:

Tel.-Nr: (Festnetz):

Tel.-Nr: (Mobil):

Email-Adresse:

Wer hat sie empfohlen?

Krankenversicherung:

feste Partnerschaft  ledig  verwitwet    Kinder:  Nein  Ja, Anzahl:

**Was ist das Ziel Ihrer Behandlung bei mir?**

**Gibt es bei Ihnen körperliche Erkrankungen und wenn ja welche?**

**Sind Sie schon einmal operiert worden?**

**Nehmen Sie Medikamente ein und wenn ja welche?**

**Welche dieser Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?** Z.B. Bluthochdruck, Übergewicht, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Anorexie, Bulimie, Rauchen, Alkoholismus, andere Suchterkrankungen, Schizophrenie, Depression, Ängste, Zwänge, Selbstmord, Todesfälle unter 60 Jahren, o.ä.

Mutter:

Vater:

Großeltern mütterlicherseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

**Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte zutreffende Zahl ankreuzen**

**1** = nein/ nie

**2** = leicht/ gelegentlich

**3** = stärker/ häufig

**4** = ausgeprägt/ ständig/ sehr oft

### **Lebensführung**

Arbeiten Sie zu viel?                      1 2 3 4                      Alkohol                      1 2 3 4

Treiben Sie Sport?                      1 2 3 4                      Kaffee                      1 2 3 4

Nikotin                      1 2 3 4

Leben Sie in feuchter Umgebung (Arbeitsplatz/ Wohnung)                      1 2 3 4

Computer/Fernsehen/Smartphone                      Std./Tag\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen ein oder haben es früher getan?

### **Schlafgewohnheiten:**

Leiden Sie unter Einschlafstörungen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchschlafstörungen	1 2 3 4
Brauchen Sie viel Schlaf	1 2 3 4
Sind Sie tagsüber müde	1 2 3 4
Leiden Sie unter Alpträumen	1 2 3 4
Sind Sie ein Morgenmuffel	1 2 3 4

### **Emotionen**

Neigen Sie zu übertriebener Selbstkritik	1 2 3 4
Machen Sie sich viele Sorgen, Kopfzerbrechen	1 2 3 4
Sind Sie häufig lethargisch, träge	1 2 3 4
Sind Sie häufig traurig	1 2 3 4
Sind Sie unruhig, ängstlich	1 2 3 4
Neigen Sie zu Reizbarkeit	1 2 3 4
Können Sie sich gut entspannen	1 2 3 4
„ich bin zufrieden“, stimmt das?	1 2 3 4

**Thema Kindheit: Welches waren die schwierigen Erfahrungen in Ihrer Kindheit? Was waren die positiven Erfahrungen?**

**Bitte skizzieren Sie stichpunktartig die Beziehung zu Ihrer Mutter und die zu Ihrem Vater.**

**Gab es noch andere wichtige Bezugspersonen?**

**Wie ist Ihre aktuelle familiäre Situation?**

**Gibt es momentan belastende Beziehungen in Ihrem Leben?**

**Thema Arbeit: Üben Sie ihren Beruf gerne aus? Gibt es Schwierigkeiten am Arbeitsplatz? Kommen Sie gut mit der Arbeitsbelastung zurecht?**

**Bestehen bei Ihnen finanzielle Sorgen, laufende Gerichtsverfahren?**

**Haben Sie schon frühere Psychotherapien, psychiatrische Behandlungen oder Krankenhausaufenthalte gehabt?**

**Haben Sie bereits Erfahrungen mit tranceähnlichen Zuständen durch Meditation, Autogenes Training, Traumreisen oder ähnliche Techniken gemacht?**

**Haben Sie jetzt oder früher Hobbys, die Ihnen Freude machen?**

**Gehören Sie zu den Menschen, die Kraft in Ihrer Spiritualität oder Religion finden?**

**Gibt es noch etwas Wichtiges zum Verständnis Ihres Anliegen, was bisher noch nicht angesprochen wurde?**

**Ort/Datum/Unterschrift**