



Anamnesebogen

- 1. Persönliches** Datum _____
- Vorname _____ Name _____
- Anschrift _____
- Tel./E-Mail _____
- Geburtsdatum _____ Geb.ort _____
- Familienstand _____ Kinder _____
- vorherige wichtige Partnerschaften _____
- Ihr erlernter Beruf _____
- Ihre heutige/aktuelle Tätigkeit _____

2. Ihre aktuelle Situation

1. Was genau führt Sie heute zu mir? Wie lautet Ihr Anliegen?

2. Was genau löst an Ihrer aktuellen Situation einen Leidensdruck aus?

3. Wie werden Sie dadurch in Ihrem (alltäglichen) Leben beeinträchtigt?

4. Welche Verhaltensweise möchten Sie ggf. ändern?

5. Wie haben sich die Beschwerden in den letzten Wochen/Monaten entwickelt? Was ist anders als früher bei Ihnen/an Ihnen?

6. Haben Sie eine Vermutung, wie Ihre Probleme entstanden sein könnten und womit sie zusammenhängen könnten?

7. Wie haben Sie bisher versucht, Ihre Probleme (alleine) zu bewältigen?

8. Wie schätzen Sie - hier, heute - die Schwere Ihres Problems ein:
 leicht mäßig ernst sehr schwer macht mich handlungsunfähig
9. Was hat Sie bewogen, gerade jetzt eine Hypnosebehandlung aufzusuchen?

10. Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern? (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse)? Wenn ja, welche?

11. Haben irgendwelche Personen (z. B. Ihr Partner, Ihre Kinder, der Chef, Kollegen, Freunde, Verwandte...) Einfluss auf das Behandlungsthema/Ihre Entscheidung?

12. Bestehen derzeit noch andere aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme oder gesundheitliche „Sondersituationen“ (z. B. Schwangerschaft, Sucht)?

13. Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie haben Sie die Hypnose damals empfunden?

14. Haben Sie selbst Trance-Erfahrung durch andere Methoden (z. B. Autogenes Training, NLP, Yoga)?

15. Wie stellen Sie sich eine Hypnose-Sitzung - Stand jetzt - vor?

16. Wissen Sie, wie eine Hypnose-Sitzung abläuft?

17. Wissen Sie, was Sie bei einer Hypnose-Sitzung beachten sollten?

18. Gibt es etwas, dass der Therapeut unbedingt beachten sollte?

19. Falls Sie bereits Hypnose-Sitzungen hatten, waren diese hilfreich in Bezug auf Ihr Thema?

20. Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie? Was soll sich ändern? Wie möchten Sie Ihr Leben am liebsten weiterführen? Wie möchten Sie (wieder) sein?

21. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? In welcher Dosierung?

22. Leiden Sie unter depressiver, gedrückter Stimmung? ja nein
23. Haben Sie keine große Lust auf Aktivitäten? ja nein
24. Können Sie aktuell keine oder kaum Freude empfinden? ja nein
25. Fühlen Sie sich oft müde und energielos? ja nein
26. Fehlt Ihnen Antrieb oder Motivation, sich zu etwas aufzuraffen? ja nein
27. Gehen Sie regelmäßig zur Arbeit, falls Sie berufstätig sind? ja nein
28. Leiden Sie unter verminderter Konzentration/Aufmerksamkeit? ja nein
29. Haben sich Ihr Selbstwertgefühl/Ihr Selbstvertrauen verringert? ja nein
30. Haben Sie sich selbst gegenüber Schuldgefühle? ja nein
31. Haben Sie anderen gegenüber Schuldgefühle? ja nein
32. Fühlen Sie sich häufiger wertlos oder als Versager? ja nein
33. Malen Sie sich die Zukunft oft negativ/pessimistisch aus? ja nein
34. Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein
35. Falls ja, wie viele Stunden schlafen Sie insgesamt pro Nacht? ca. _____
36. Haben Sie Einschlafprobleme? ja nein
37. Leiden Sie unter frühem Erwachen, grübeln Sie danach viel? ja nein
38. Haben Sie einen verminderten Appetit? ja nein
39. Fällt es Ihnen schwer, Alltagstätigkeiten zu bewältigen? ja nein
40. Haben Sie schon einmal über Suizid nachgedacht? ja nein
41. Gab es Suizidversuche in der Vergangenheit? ja nein
42. Falls ja, wann genau (Jahr) _____ und wie oft _____
43. Was war der damalige Auslöser dafür? _____
44. Sind Sie ängstlicher als üblich? ja nein
45. Ängstigen Sie sich häufiger als sonst? ja nein
46. Kommen Ängste nach einem bestimmten Auslöser? ja nein
47. Kommen die Ängste „aus heiterem Himmel“? ja nein
48. Haben Sie übermäßige Furcht vor bestimmten Dingen? ja nein
49. Befürchten Sie, ernsthaft krank zu sein? ja nein
50. Gibt es Anhaltspunkte dafür (z. B. Diagnosen) ja nein

51. Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun oder denken, obwohl Sie Ihnen evtl. unsinnig vorkommen? ja nein

52. Was z. B. ? _____

3. Persönliche Historie

53. Haben Sie schon einmal versucht, Ihr Thema zu lösen aufzuhören? Wenn ja, wann und wie genau?

54. Hatten Sie Probleme in Ihrer Kindheit (z. B. Bettnässen, Stottern, Ängste, Schlafwandeln usw.)? Wenn ja, welche?

55. Gab es Übergriffe in Ihrer Kindheit oder Jugend (egal welcher Art, z. B. sex. Missbrauch, Gewalt)? Wenn ja, welche und von wem?

56. Hatten Sie besondere Krankheiten oder Unfälle in Ihrer Kindheit? Bitte nennen Sie Alter und Art der Krankheit/des Unfalls:

4. Ihre Herkunftsfamilie

57. Welche Personen gehörten zu dem Haushalt, in dem Sie aufwuchsen?

Mutter: Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf: _____

Vater: Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf: _____

Geschwister: _____

Sonstige Bezugspersonen: _____

58. Wie würden Sie den Charakter Ihrer Eltern und Ihre Beziehung zu Ihnen beschreiben:

Mutter: _____

Beziehung zu Ihnen: _____

Vater: _____

Beziehung zu Ihnen: _____

59. Wie war die Beziehung zwischen Ihren Eltern?

60. Gab es noch andere Geschwister (z. B. Halbgeschwister, Stiefgeschwister, verstorbene Geschwister)? Falls ja, wie war der Altersabstand und Ihre Beziehung zu Ihnen?

61. Gab es besondere Beziehungen zu sonstigen Bezugspersonen?

62. Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse oder Probleme in Ihrer Kindheit?

63. War Ihre Kindheit für Sie eher glücklich oder unglücklich?

64. Gab es besondere Ereignisse oder Probleme in Ihrer Pubertät?

65. Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern heute? Sind diese noch am Leben?

66. Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwistern heute? Sind diese noch am Leben?

67. Gab es wichtige/schwere Krankheiten in Ihrer Herkunftsfamilie (z. B. Krebs, Unfälle, Kriegstode, Traumata)? Wer hat was erlebt?

5. Ihre schulische und berufliche Entwicklung

68. Wie war Ihre Schulzeit (Ihre Leistungen, Ihr Verhältnis zu Schülern, Lehrern)?

69. Wie ging es nach der Schulzeit für Sie weiter?

70. Wie erleben Sie Ihr Berufsleben heute? Was ist gut daran, was eher schlecht?

71. Wie ist Ihr heutiges Verhältnis zu Kollegen, Mitarbeitern, Ihrem Chef/Ihrer Chefin?

6. Ihre aktuelle Beziehung

72. In welcher Lebensform befinden Sie sich?

ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

Zusammenlebend mit: _____

73. Wie alt waren Sie, als Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin kennengelernt haben? _____

74. Wie alt waren Sie, als Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin geheiratet haben? _____

75. Wie alt ist Ihr Partner/Ihre Partnerin heute? _____

76. Welchen Beruf hat Ihr Partner/Ihre Partnerin? _____

77. Bitte beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin:

78. Welche Eigenschaften schätzen Sie besonders an Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

79. Welche Eigenschaften stören Sie besonders an Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

80. Falls Sie sich in einer Trennungssituation befinden, was genau hat Ihrer Meinung nach zu dieser Trennung geführt? Von wem geht der Trennungswunsch aus?

81. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und wie alt sind sie?

82. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Kindern?

83. Haben Sie Freunde oder Familienmitglieder, die Sie in Krisenzeiten unterstützen?

7. Persönlichkeitsfaktoren

84. Über welche Stärken verfügen Sie, die es Ihnen ermöglicht haben, frühere Probleme bis zu einem gewissen Grad selbst zu bewältigen?

85. Welche Tätigkeiten und Aktivitäten pflegen Sie in Ihrer freien Zeit? Was machen Sie besonders gern? Wo sind Sie besonders intensiv dabei?

86. Wobei, wo oder womit können Sie besonders gut auftanken? Wobei entspannen Sie am besten? Nennen Sie typische Situationen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freiwilligkeit und Richtigkeit der obigen Angaben. Ich verstehe und akzeptiere, dass mir keine Heilung versprochen und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird. Ich übernehme die volle Verantwortung für die Hypnosetherapie. Ich bin hiermit darüber informiert worden, dass ich bei folgenden Krankheitsbildern keine Hypnosetherapie durchführen lassen sollte: Epilepsie, Schizophrenie, endogene Psychosen, Altersschwachsinn, Demenz, Herz-/Kreislaufkrankungen (Herzrhythmusstörungen). Ich entbinde die Hypnosetherapeutin Christina Döpfer von jeglicher Verantwortung.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten/der Klientin

Neue Datenschutzerklärung - bitte unbedingt beachten!

Am 25.05.2018 tritt die neue Datenschutzverordnung (DSGVO) in Kraft. Wir sind damit verpflichtet, Ihre ausdrückliche Einverständniserklärung zur Erhebung o. g. Daten nochmals von Ihnen bestätigen zu lassen. Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen durch und bestätigen Sie uns Ihre Kenntnisnahme und Einwilligung durch Ihre erneute Unterschrift. Vielen Dank!

Ich bestätige, dass ich Frau Christina Döpfer/Autentaris obige Daten freiwillig zur Verfügung gestellt habe. Mir ist bekannt, dass Christina Döpfer/Autentaris ein "berechtigtes Interesse" zur Erhebung dieser Daten im Sinne von § 6 Absatz 1 lit. a - f der DSGVO hat. Mir ist auch bekannt, dass obige Daten einer gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren unterliegen und ich die Löschung dieser Daten erst nach dieser gesetzlichen Frist verlangen kann.

Sollte ich obige Daten per E-Mail/Messenger-Dienste (z. B. WhatsApp Foto) oder sonstige Datenübermittlungssysteme an Christina Döpfer/Autentaris übermitteln, so trage ich das alleinige Risiko eines Datenmissbrauchs/-verlusts durch Dritte, da Frau Döpfer/Autentaris für die 100 prozentige Sicherheit des Internets/des Datenverkehrs nicht verantwortlich gemacht werden kann.

Ich erteile hiermit meine Einwilligung zur Nutzung meiner Daten. Ich habe diese Erklärung gelesen und akzeptiere sie mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten/der Klientin