**Fragebogen Hypnosetherapie**

Mit Rücksendung dieses Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen & Informationen zur klinischen Hypnose“, einzusehen unter <https://hypno-institut.com/downloads>, gelesen, verstanden und akzeptiert haben.

***Angaben zur Person***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Name |  | Vorname |  | geboren am |  | Alter |
|  |  |  |  |  |
| Straße, Hausnr. |  | PLZ |  | Wohnort |
|  |  |  |  |  |
| Tel. Festnetz |  | Tel. Mobil |  | eMail-Adresse |
|  |  |  |  |  |
| Familienstand |  | Kinder (Anzahl, Alter) |  | Geschwister (Anzahl, Alter) |
|  |  |  |
| Schulabschluss (Real- / Hauptschulabschluss, Abitur, Universität, Fachhochschule, o.Ä.) |  | Beruf |

***Biographie***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| **Leben ihre Eltern noch ?** | Vater |  |  |
|  | Mutter |  |  |
|  |
|  |
| **Falls nein, ...** | **Jahr** |
| Wann sind sie verstorben ? | Vater |  |
|  | Mutter |  |
|  |
|  |
| **Falls ja, ...** | **Alter** |
| Wie alt sind ihre Eltern ? | Vater |  |
|  | Mutter |  |
|  |

Welches Verhältnis hatten Sie in ihrer Kindheit zu ihrer Mutter und ihrem Vater ?

(Beschreiben Sie die familiären Verhältnisse im Zeitraum von ihrer Geburt bis zur Volljährigkeit)

Hatte Sie in ihrer Kindheit enge Bezugspersonen außer ihren Eltern ? Wenn ja, welche ?

Wurden Sie in ihrer Kindheit von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen körperlich oder seelisch bestraft ?

Gab es in ihrem Leben Ereignisse, die Sie subjektiv als traumatisch oder einschneidend empfunden haben ?

(WICHTIG: Beschreiben Sie diese Ereignisse möglichst genau. Wie alt waren Sie? Was haben Sie dabei gefühlt und gedacht? Welche Personen waren beteiligt?)

***Erfahrungen mit Hypnose(zuständen)***

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Hypnose gemacht ? Wenn ja, welche ?

(Verlauf der Hypnosesitzung(en), Anzahl der Sitzungen, etc.)

Haben Sie Erfahrungen mit Meditation, Yoga, Chi Gong, o.Ä. ? Wenn ja, welche ?

***Angaben zu dem Problem***

Beschreiben Sie das Problem ?

(WICHTIG: Wann ist es Ihrer Erinnerung nach, zum ersten Mal aufgetreten?)

In welchen Situationen tritt das Problem auf ? Wann wird es schlimmer ? Wann besser ?

Benennen Sie Ihre Gefühle, die das Problem verursacht ?

Welche Gedanken haben Sie, wenn das Problem auftritt ?

Was denken Sie, ganz allgemein, über sich selbst ?

Was wird durch das Problem in Ihrem Leben verhindert ?

(Was können Sie nicht tun ? Was vermeiden Sie ? Was fällt Ihnen schwer ?)

***Angaben zu medizinischen Hintergründen***

Sind oder waren Sie wegen dem Problem in ärztlicher Behandlung / Therapie (seelisch / psychisch od. körperlich) ? Wenn ja, seit wann und bei wem ?

Welche Diagnose(n) wurden gestellt ?

Nehmen Sie Medikamente ? Welche, Art ? Dosierung, Dauer ? Wer hat diese verschrieben ?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag / pro Woche?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welchen und wie viel in der Woche?

***Angaben zum Ziel der Behandlung***

Was ist Ihr Ziel, welches Sie mit der Tiefenhypnose erreichen wollen ?

Woran erkennen Sie in Ihrem Leben, dass das Problem nicht mehr existiert ?

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn das Problem verschwunden ist ?

(Was würde Sie wieder bzw. was würden Sie Neues tun ? Welche Gefühle verändern sich ? usw.)

Überlegen Sie sich und beschreiben Sie eine Situation, in der Sie direkt nach der Hypnosesitzung testen könnten, inwiefern das Problem noch besteht ?

***Angaben zu möglichen Hindernissen bei der Zielerreichung***

Was würden Sie gewinnen, wenn das Problem weiterhin existieren würde ?

Haben Sie Ängste, die einer Erreichung Ihres Behandlungszieles im Wege stehen ?

***Angaben zur persönlichen Lebensphilosophie***

Glauben Sie an die Existenz einer Höheren Macht ? Wenn ja, beschreiben Sie bitte.

(Hier geht es NICHT darum, ob Sie evangelisch, katholisch, etc. erzogen worden sind. Es geht um Ihren ganz individuellen Glauben hinsichtlich der Existenz aller Dinge.)

Was ist der Sinn Ihres Lebens ?

Glauben Sie an Reinkarnation ?

***Die abschließende Frage***

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für sich alleine. Schalten Sie Fernseher, Radio, etc. aus. Machen Sie sich bewusst, dass Sie die folgende Frage in erster Linie für sich selbst beantworten.

Welchen Wert hat die Erreichung des Behandlungszieles für Sie ?