

Dipl.-Med. Jörg Janitschek
Hypnose-Therapeut
der Deutschen Gesellschaft für Ärztliche Hypnose
und Autogenes Training (DGÄHAT)
Rembrandtstr. 12 **04600 Altenburg**
Tel./Fax: 03447-830750

Erfassungsbogen

Bitte ganz ausfüllen !

Klient / in

.....
Name: Vorname:

.....
Strasse: PLZ, Ort:

.....
Geburtsdatum: Gewicht Wunschgewicht Größe

.....
erlernter Beruf derzeit ausgeübter Beruf

.....
Tel. / Fax e-mail

ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet Kinder – Anzahl?

Raucher Nichtraucher Nichtraucher seit:

Woher oder durch wem sind Sie zu mir gekommen?

.....
Grund für die Hypnose? Was wollen sie damit erreichen?

.....
.....
Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, ich bin im Monat.

Haben sie Hypnose – Erfahrung?

Wenn ja, welche? (positive / negative)?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja welche und für was?

.....

.....

Liegen körperlichen Beschwerden vor?

.....

.....

Leiden oder litten Sie an:

Herz- oder Kreislauferkrankungen, niedrigem oder hohem Blutdruck, Zuckerkrankheit, Allergien, Alkohol- oder Drogensucht, Anfallskrankheiten wie Epilepsie, Asthma oder anderen psychischen Krankheiten oder Depressionen?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie noch andere Erkrankungen oder Leiden die oben nicht erwähnt wurden?

.....

.....

.....

.....

Welche Ihrer Leiden wurden medizinisch diagnostiziert und von wem?

.....

.....

Hören Sie auf beiden Ohren gleich gut?

Sind Sie weitsichtig?

Haben sie Meditationserfahrung?

Wie gut ist Ihre bildhafte Vorstellungskraft?

Können Sie sich gut entspannen?

Träumen Sie häufig?

Erinnern Sie sich an Ihre Träume?

Fallen Ihnen Tagträume leicht?

Haben Sie ein Tagestief?

Wenn ja, wann?

Welche Erwartungen haben Sie von der Hypnosesitzung?

.....
.....
.....

Was ist Ihr größter Wunsch?

.....
.....
.....

Was ist Ihrer Meinung nach Ihr größtes Problem?

.....
.....
.....
.....

Arbeiten oder haben Sie mit nicht medizinischen Personen zusammengearbeitet oder therapiert?
(z.B. Systemische Aufstellung, Seminare, Geistheiler, Heilpraktiker – bitte genaue Angaben was
gemacht wird oder wurde).

.....
.....
.....
.....

Vor was (oder wem) haben Sie am meisten Angst?

1.
2.
3.

Was würden Sie anders machen, wenn Sie nochmals von vorne anfangen könnten?

.....
.....
.....

Nur zu beantworten wenn Sie Raucher/in sind und eine Raucherentwöhnung durchführen möchten:

Was glauben Sie, ist der Grund warum Sie rauchen?

.....

Wann rauchen Sie am meisten?

.....

.....

Warum wollen sie aufhören?

.....

.....

Wie viel rauchen Sie pro Tag?

.....

.....
Ort, Datum Unterschrift

.....
Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

Hinweis: Dieses Blatt bitte auch zum Termin mitnehmen

Sonstige Hinweise:

Sollten sich gesundheitliche Änderungen ergeben, so verpflichten Sie sich in Ihrem eigenen Interesse dies unbedingt vor Sitzungsbeginn selbständig schriftlich mitzuteilen.

Während der Hypnoseseitzungen können Foto, Video und Audioaufzeichnungen durchgeführt werden. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie die Genehmigung zur privaten und wissenschaftlichen Verwertung dieser Aufzeichnungen. Ein Anspruch auf Provisionen oder andere Zahlungen wird grundsätzlich ausgeschlossen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären sie sich einverstanden, die von Ihnen angegebenen Daten in der EDV Anlage und/oder anderen Speichermedien speichern zu lassen. Sie haben die Möglichkeit vor Sitzungsbeginn in schriftlicher Form zu widersprechen.

Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte zu Webezwecken ist ausgeschlossen.

Nebenabreden bedürfen der Schriftform, dies gilt auch für die Änderung der Schriftformklausel selbst.

Erfassungsbogen besprochen, Chancen/Risiken erläutert, insbesondere:

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum Unterschrift Klient

Altenburg

.....
Ort, Datum **Dipl.-Med. Jörg Janitschek**