

Praxis für Hypnose und ganzheitliche Gesundheit
Christina Joest
Heilpraktikerin
Grafschafter Str. 14 47199 Duisburg
Tel.: 0284188 68 615 Mobil: 0177-78 57 595
E-Mail: praxiscjoest@web.de
Webseite: www.praxiscjoest.info

Anamnesebogen Hypnose

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und füllen diesen Anamnesebogen mit Ihren persönlichen Angaben aus und schicken Sie mir diesen rechtzeitig vor Ihrem ersten Termin per Post oder per Mail praxiscjoest@web.de zu. Vielen Dank.

Bitte beachten Sie die „Zusatzinformationen zum Anamnesebogen“.

1.) Angaben zur Person

Herr/Frau

Vorname/Nachname

Geb.-datum:

Anschrift:

Tel. privat:

Tel. dienstlich:

Zeiten der Erreichbarkeit:

Handy (bitte unbedingt angeben):

E-Mail:

Schulabschluss: Abitur /Realschule/Hauptschule

Erlerner Beruf: Kaufmann im Einzelhandel

Ausgeübter Beruf: Verkaufsleiter im Einzelhandel, Bereich Elektro

Arbeitgeber: Musterhausen

Familienstand: verheiratet seit 15 Jahren

Vorname Partners/Partnerin: Heidi Musterfrau

Namen und Alter der Kinder: Karla (8 Jahre), Franz (10 Jahre)

Familienherkunft:

Alter von Vater und Mutter bei Geburt: Marianne 23 J., Hubert 25 J.

Leben die Eltern noch? Vater ja

Wenn nein, wann sind sie gestorben? Mutter vor 2 Jahren gestorben

Stellung in der Geschwisterreihe? 1. Fritz (50 J.)

2. Ich (48 J.)

Erfahrung mit Hypnose, Selbsthypnose, Entspannung? Nein

Angaben zum Problem

Problem benennen: Angst, eingesperrt zu sein.

Problembeschreibung: Angst, eingesperrt zu sein, in meinem Fall : Türen müssen offen bleiben.
Dadurch kann ich nicht: Zugfahren, Gondel fahren, Bus fahren, U-Bahn fahren, Fliegen, Fahrstuhl fahren.

In diesen Situationen habe ich Panik und große Angst davor, keine Luft mehr zu bekommen und zu ersticken, in Ohnmacht zu fallen. Ich kann dann nicht denken, nicht atmen zittere am ganzen Körper, mir wird schlecht. Ich vermeide solche Situationen und fahre nur mit dem eigenen Auto unter großzügiger Umfahrung von Staus.

Wie lange leiden Sie unter dem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)? Seit ca. 8 Jahren.

Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt? Nach der Geburt meines zweiten Kindes

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer? (bitte in Stichpunkten)

Es tritt in den o.g. Situationen auf und verstärkt sich, wenn ich gestresst bin, ich alleine bin oder die Umgebung nicht kenne.

Es wird schwächer, wenn ich entspannt bin und jemand, den ich gut kenne und der mein Problem kennt, bei mir ist

Was wird durch das Problem/die Krankheit (in Ihrem Leben) verhindert?

Ich bin in meiner Freizeit und meinem Berufsleben deutlich eingeschränkt, im Urlaub kann ich z. Bsp. nicht mit der Gondel fahren, ich kann keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen, ich muss bei der Arbeit schwere Dinge die Treppe hochtragen, anstatt den Aufzug zu nehmen.

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

In den Situationen habe ich große Angst und ich schäme mich vor meinen Kindern. Ich bin wütend auf mich selbst, weil ich das nicht kann.

Wozu zwingt sie das Problem/die Krankheit?

Ich kann nur Auto fahren, mit dem Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen. Ich fühle mich eingeschränkt.

Diagnosen: wenn von einem Arzt eine Diagnose vorliegt, bitte hier eintragen.

Auch wenn andere Erkrankungen vorliegen, bitte hier eintragen.

Vorbehandlungen (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg):

50 Stunden Verhaltenstherapie

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel):

Bitte alle Medikamente auflisten

Dosierung, Dauer: Dosierung und wann (50mg, 1-0-1) seit 3 Wochen

2.) Behandlungsziel:

Woran können Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie ihr Ziel erreicht haben?

Ich kann eines oder alle der o.g. Dinge wieder mit deutlich weniger oder keiner Angst machen

Ich fühle mich frei und kann mit meiner Familie wieder mehr Dinge unternehmen (z. Bsp. Im nächsten Familienurlaub Gondel fahren)

Ich nehme auf der Arbeit den Aufzug, wenn ich schwere Dinge transportieren muss

Ich muss keine Ausreden mehr finden.

Was würde sich in ihrem Leben ändern, wenn Sie das Problem überwunden haben?

Meine Beziehung wäre weniger kompliziert, weil ich weniger Einschränkungen in meinem Leben habe und sich nicht alle nach meinen Problemen richten müssen.

Ich kann freier mit meinen Kindern etws unternehmen und ihnen ein gutes Vorbild sein

Wir können alle in den Urlaub fliegen

Ich kann stolz auf mich sein

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

Diese Dinge nicht mehr vermeiden

Mir in kleinen Schritten mehr zutrauen, z. Bsp. zuerst kleine Strecken Bus fahren, die dann länger werden, dann U-Bahn fahren, dann Gondel fahren und dann fliegen.

Mich nicht selbst mit schlechtem Gewissen von diesen Dingen fernhalten oder mich selbst dadurch kleinmachen

Testsituationen:

Gleich wenn ich aus der Praxis gehe, das Auto stehen lassen und eine Station mit dem Bus hin und herfare und erst dann mit dem Auto wieder nach Hause fahren

Allerwichtigstes im Leben?

Meine Frau und die Kinder

Größtes Hobby/größte Leidenschaft:

Glaube an eine höhere Kraft?

Orthopädische Probleme, wenn ja, welche?

3.) Mögliche negative Konsequenzen der Heilung

Was werde ich verlieren, wenn ich gesund werde/meine Beschwerden loswerde?

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?

4.) Wert der Heilung

Welche Dinge sollten Sie kurzfristig tun?

Mich den ursprünglich angstausslösenden Situationen stellen, nach und nach und so schnell wie möglich.

Welche Dinge sollten Sie langfristig tun?

Mein Traum ist schon lange, einen Halbmarathon zu laufen, darauf könnte ich trainieren

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Dokument und senden es per E-Mail an praxiscjoest@web.de.

Falls es wichtige Dinge gibt, die nicht erfragt wurden, die Sie aber mitteilen möchten, schreiben Sie diese bitte in den Text der E-Mail, mit der Sie mir das Formular senden. Vielen Dank.