



Vertraulicher Fragebogen zur Hypnosesitzung

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Telefon privat: _____

Straße/Nr.: _____ Handy: _____

PLZ/Ort: _____ Tätigkeit: _____

Leiden Sie unter ernsthaften Erkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja, folgende

Krankheit: _____ Seit: _____

Krankheit: _____ Seit: _____

Waren oder sind Sie bei Psychologen, Psychiatern in Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Jahr: _____ Grund: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Datum: _____ Was: _____ Für: _____

Datum: _____ Was: _____ Für: _____

Ihr Befinden

- ☐ traurig ☐ deprimiert ☐ ärgerlich
- ☐ gestresst ☐ wütend ☐ voller Ängste
- ☐ schuldig ☐ machtlos ☐ hilflos
- ☐ unter Druck ☐ unsicher ☐ ausgenutzt
- ☐ voller Hass ☐ orientierungslos ☐ missbraucht

Finden Sie sich selbst schön und liebenswert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Es geht so

Gönnen Sie sich ab und zu selbst was? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Es geht so

Welche Bereiche Ihres Lebens möchten Sie dringend verbessern?

- ☐ Gesundheit ☐ Selbstsicherheit
- ☐ Kommunikation ☐ Hobby / Freizeit
- ☐ Beziehungen ☐ Berufliche Situation
- ☐ Wohnsituation ☐ Finanzen
- ☐ anderes: _____

Welche Ziele möchten Sie in erster Linie erreichen?
