

Kundendaten

CD	<input type="checkbox"/>	Selbsthypnose	<input type="checkbox"/>
Esdaile	<input type="checkbox"/>	Ultra-Height	<input type="checkbox"/>

Anker
Andere
Du

(Bitte oberhalb dieser Linie nicht beschriften)

Datum: _____ **Details:** _____

Vorname: _____ **Name:** _____

Strasse/Nr.: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

Email: _____ **Website:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** weibl. männl.

Zivilstand: _____ **# Kinder:** _____

Beruf: _____ **Religion ein Thema?** _____

Mutter: Alter _____ Verhältnisqualität: _____

Gesundheitsprobleme: _____ Lebt /verstorben / woran
verstorben _____

Vater: Alter _____ Verhältnisqualität: _____

Gesundheitsprobleme _____ lebt / verstorben / woran
verstorben _____

Geschwister, wieviele: _____ Bruder / Schwester/ Stiefgeschwister / Halbgeschwister

Bei Frauen: Schwangerschaften /Geburten / Fehlgeburten / Besonderheiten _____

Name des Partners: _____

Diagnose/Beschwerden/Zweck des Besuchs _____

Alkohol/Drogen ein Problem? Ja: Was/Wieviel/Wann? _____ Nein:

Rauchen: Ja Nein ; Schlafen: Gut Normal Schlecht _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden: _____

Hat jemand bereits einmal versucht, Sie zu hypnotisieren? Ja Nein

Wer: _____ Grund: _____

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? Ja/Nein/Weiss nicht: _____

Wieso diese Annahme?: _____

Medizinische Kundengeschichte (Anamnese)

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? Nein Ja Wenn ja, warum?

Litten/Leiden Sie an Langzeiterkrankungen? Ja: Nein: Wann? _____

Grund: _____ Waren Sie je in Behandlung für Ja: Nein:

Herz: _____ Diabetes: _____ Epilepsie: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja: Nein:

Wenn ja: _____

Sozialanamnese:

Wo aufgewachsen: Land: _____ Dorf/ kleine/ große Stadt

Bei wem aufgewachsen: _____

Erste eigene Wohnung in welchem Alter: _____

Besonderheiten der kindlichen Entwicklung (Adoption, Trennung der Eltern, Krankheiten usw.):

Kindergarten: Ja/Nein Besonderheiten? Ja/Nein

Wenn Ja, welche: _____

Schulabschluss: Kein / Hauptschule / Realschule / Gymnasium / Klasse wiederholt: Ja/Nein

Ausbildung:_____ Dauer:_____ Abgeschlossen ja / nein

Sonstige berufliche und soziale Entwicklung:_____

Interessen / Hobbys_____

Wohnsituation (Miete / Eigentum) Größe ausreichend?_____

Mitbewohner:_____

Finanzielle Situation: ausreichend /knapp / Lohnart:_____

Kredite ja/ nein

Führerschein ja/ nein

Soziale Kontakte: viele / wenige /welche(z.B. Familie, Freunde)_____

Aktuelle Partnerschaft seit:_____ Ehe / Lebensgemeinschaft / Single

Gemeinsamer Haushalt: ja / nein; 1. / 2. Ehe_____

Angaben zum Partner: Alter:_____ Beruf:_____ Gesundheitszustand:_____

Beziehungsqualität: gut / schlecht_____

Vegetative Anamnese

Schlafqualität: gut / Einschlaf- / Durchschlafstörungen / morgendliches Früherwachen

Wie lange schlafen Sie durchschnittlich?_____

Appetit: gut / schlecht _____ Gewichtsschwankungen ja / nein

Aktuelles Gewicht:_____ kg Körpergröße:_____ cm

Wasserlassen / Stuhlgang normal: ja / nein

Allergien / Unverträglichkeiten: ja / nein / welche:_____

Körperliches Grundgefühl:_____ tages- / oder jahreszeitliche Schwankungen: ja / nein

Psychische Auffälligkeiten in der Familie: ja / nein

Wer / Was:_____

Zusatzfragen Raucher:

Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Wann rauchen Sie? Bitte beschreiben Sie eine typische Situation, die Sie zur Zigarette greifen lässt!

Welche Gedanken und Gefühle begleiten den unmittelbaren Vorgang des Rauchens? (Genuss, Geborgenheit, Schuldgefühle usw.)

Wie schätzen Sie den Einfluss des Rauchens auf Ihren Gesundheitszustand ein?

Welche Vorteile möchten Sie als Nichtraucher genießen?

Was würden Sie vermissen?

In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal nach einer Zigarette gegriffen?

Datum: _____

Unterschrift: _____