

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.

Familienstand: _____ Kind 1: _____

Besonderheiten: _____ Kind 2: _____

Besonderheiten: _____

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

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: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____