



Angaben der Patienten

1. Angaben zur Person
2. Angaben zum Problemen und zum Ziel der Behandlung
3. Mögliche negative Konsequenzen der Behandlung

1. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Anschrift: _____

Tel. privat: _____

Tel. dienstlich: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

(Bitte geben Sie unbedingt auch Ihre Handynummer mit an, damit sie für uns leicht und unkompliziert erreichbar sind, sowie alle erreichbaren Telefonnummern und die Zellen, in denen wir Sie telefonisch kontaktieren können)

Schulabschluss Realschulabschluss, Abitur, Fachhochschule, Universität o.a.):

Erlerner Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden): _____

Vorname der Partnerin/des Partners: _____

Namen und Alter der Kinder: _____

Familienherkunft

Wie alt waren ihr Vater und ihre Mutter bei Ihrer Geburt? _____

Leben Ihre Eltern noch? _____

Wenn nein, wann sind sie gestorben? _____

Stellung in der Geschwisterreihe _____

Bitte die Geschwister mit Namen und Altersunterschied untereinander auflisten.

Haben Sie Vorerfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden? (Welche, wie viele Sitzungen, mit welchem Erfolg?)

Bitte beachten: Falls Sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, sprechen Sie bitte vorab mit dem behandelnden Arzt und lassen sich bestätigen, dass keine Kontraindikation vorliegt.

2. Angaben zum Problem und zum Ziel der Behandlung

Benennen Sie ihr Problem:

Beschreibung des Problems:

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

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



Welche Gefühle löst das in ihnen aus?

Wozu zwingt Sie das Problem/die Krankheit?

Diagnosen:

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

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.)

Dosierung, Dauer: _____

Behandlungsziel: _____

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

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Problem überwunden haben?

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstils würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?



Testsituationen

Überlegen Sie sich bitte konkrete Situationen, in denen Sie sich unmittelbar nach der Behandlung (also möglichst noch in Gifhorn) davon überzeugen können, dass Ihr Problem nicht mehr besteht, bzw. deutlich vermindert ist.

Beispiele:

- Bei Platzangst oder Angst in Menschenmassen: sich engen Räumen und/oder einem Menschengedränge aussetzen, z.B. in einem Kaufhaus.

- Panik beim Autofahren: Fahrt mit dem PKW alleine durch die Stadt und auf der Autobahn.

Es sollten reale Situationen sein, die sie vorher nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten bewältigen konnten.

Diese Tests sollten möglichst schon in Gifhorn durchführbar sein.

Testsituation:

Was ist für Sie das Allerwichtigste im Leben?

(Gemeint ist nicht das Behandlungsziel, sondern ihr Lebenssinn oder Werte wie: harmonische Partnerschaft, beruflicher Erfolg etc.)

Größtes Hobby/größte Leidenschaft:

Glauben Sie an eine höhere Kraft? (Wenn ja, bitte eine kurze Erklärung)



Schreiben Sie bitte wieder ganz konkret auf:

Welche Dinge, von denen Sie wissen, dass sie Ihnen helfen werden, sollten Sie kurzfristig tun?

Welche Dinge, von denen Sie wissen, dass sie Ihnen helfen werden, sollten Sie langfristig tun?

Falls es wichtige Dinge gibt, die Sie nicht im Formular unterbekommen haben, fügen Sie diese bitte auf einem zusätzlichen Blatt bei.

Bitte listen Sie alle akuten und chronischen Erkrankungen auf, unter denen Sie leiden.

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Leiden Sie unter orthopädischen Problemen im Bereich Hals, Wirbelsäule, Schultern?
