



## Anamnese: Hypnose (Teil 1)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Vorgespräch auch Tel: Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

### Gesundheitliche Situation

Besteht eine Schwangerschaft? Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

### Physische (körperliche) Erkrankungen

Liegt oder lag eine oder mehrere folgender Erkrankungen vor?

Herzinfarkt oder Schlaganfall, Thrombose, Migräne, hormonellen Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Fettstoffwechselerkrankung, sonstige Erkrankungen

Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

welche

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Beschwerden oder Erkrankungen am Bewegungsapparat?

Z.B. Verspannungen, Arthrose, Arthritis, Trauma, Osteoporose, sonstige Beschwerden oder Erkrankungen

Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

welche

\_\_\_\_\_

Schmerzen, wenn ja wo? \_\_\_\_\_

Seit wann? Ggf. Auslöser \_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkungen? Welche? \_\_\_\_\_

Welche Diagnostik wurde in den letzten 6 Mon. gemacht? (Labor, Sono, Röntgen, MRT, ...) \_\_\_\_\_

### Psychische und neurologische Erkrankungen

Liegt oder lag eine oder mehrere folgender Erkrankungen vor?

Psychose, Schizophrenie, Depression, Borderline, Epilepsie, ALS, Parkinson, MS, Persönlichkeitsstörungen, ADS, ADHS, bipolare Störung, sonstige Erkrankungen

Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

welche

\_\_\_\_\_



Haben Sie schon einmal über Suizid nachgedacht, oder haben Sie aktuell Suizidgedanken?

Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Leiden Sie unter chronischen Infektionskrankheiten? Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Wenn ja, welche: (z.B.: HIV, Hep, Tbc, Post COVID, etc.)

\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien/ Unverträglichkeiten? Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Wenn ja, welche: (z.B.: Heuschnupfen, Neurodermitis, best. Nahrungsmittel, Kosmetika, Medikamente, etc.)

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente oder Drogen ein? Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

welche \_\_\_\_\_

Haben sie vermehrten Alkohol Konsum? Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_, wieviel \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

### Ihre bisherigen Operationen:

Jahr: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher: Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Gibt es einen wichtigen Punkt, den Sie mir noch mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie alle genannten Fragen wahrheitsgetreu aus.

**Die Antworten werden natürlich absolut vertraulich behandelt, und dienen einzig alleine zur bestmöglichen Behandlung Ihrer Problematik.**

Arget, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_