

Anamnesebogen

1. Angaben zur Person

Herr/ Frau (zutreffendes bitte ausfüllen):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel.

Handy:

E-Mail:

(Bitte geben Sie unbedingt auch Ihre Handynummer mit an, damit Sie für mich leicht und unkompliziert erreichbar sind.)

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

Erlerner Beruf:

ausgeübter Beruf:

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?

Trennung der Eltern? Wie alt waren Sie damals?

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 bereits erste Erfahrungen mit Hypnose, EMDR, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden, PMR, autogenes Training, Yoga? (Welche, wie viele Sitzungen mit welchem Erfolg?)

2. Angaben zum Problem und zum Ziel der Behandlung

Benennen Sie Ihr Problem:

Beschreibung des Problems:

Wie lange leiden Sie unter dem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)?

Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt?

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:

Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal traumatische Situationen ausgesetzt?

Sind Sie schon einmal überfallen worden, Opfer einer Straftat gewesen, zusammengeschlagen worden, vergewaltigt oder missbraucht worden?

Haben Ihre Eltern Sie geschlagen oder eingesperrt, mit Liebesentzug Sie bestraft?

Gibt es Ängste oder Phobien: (z.B. Höhenangst, Flugangst, Spinnenphobie, Angst in engen Räumen oder großen Plätzen, etc.)

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 Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

Beispiel Übergewicht:

- Bewegungsmangel -> regelmäßige Spaziergänge (Wandern, Fitnessstudio besuchen etc.)
- Ungesunde Ernährung: zu fettes Essen, zu viele Süßigkeiten -> stattdessen mehr Obst und Gemüse essen
- Ich koche wie meine Mutter -> gesundheitsbewusstes Kochbuch kaufen und einige neue Rezepte ausprobieren
- ich ernähre mich gesund, trinke viel Wasser, esse wenig Fleisch koche gesundheitsbewusst
- ich habe kein Übergewicht, achte auch auf mein Gewicht, würde gerne Sport treiben, grundsätzlich mehr bewegen
- mehr Wandern, mehr Stadtbummel etc.

Was ist für Sie das Allerwichtigste im Leben?

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

Größtes Hobby/ größte Leidenschaft:

Glauben Sie an eine höhere Kraft?

Die Einen nennen es „Gott“, die Anderen „kosmisches Bewusstsein“. Auch und gerade moderne Wissenschaftler kommen immer wieder zu dem Schluss, dass es eine höhere Kraft im Universum geben muss und dass sich nicht alles rein wissenschaftlich erklären lässt. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Menschen mit einem Glauben oder auch mit einem spirituellen Hintergrund bisweilen zusätzlich von der Behandlung profitieren, wenn die Möglichkeiten genutzt werden, die sich aus ihrem Glauben bzw. ihrer Weltsicht ergeben. Bisweilen finden sich Lösungsansätze, die für Menschen ohne diese Sichtweise nicht verfügbar sind. Falls diese Aspekte einmal in einer Behandlung eine Rolle spielen, sind die Wirkungen erfahrungsgemäß intensiv und teilweise lebensverändernd.

Diese Frage zielt NICHT darauf ab, ob Sie katholisch, evangelisch oder in einem anderen Glauben erzogen wurden. Es geht um IHR PERSÖNLICHES Bild. Wenn diese Frage auf Sie zutrifft, schildern Sie bitte kurz Ihre Sichtweise, so dass dieses Wissen als mögliche zusätzliche Ressource für eine kraftvolle Veränderungsarbeit zur Verfügung steht.

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

3. Mögliche negative Konsequenzen der Heilung

Wenn die Ursachen einer Erkrankung aufgelöst (und keine irreversiblen Schäden eingetreten sind), geschieht Heilung. Wenn keine Heilung eintritt, kann das u.a. daran liegen, dass die Heilung Konsequenzen nach sich zieht, die man bewusst oder unbewusst vermeiden will. Es kann also sein, dass der sekundäre Gewinn stärker ist als der primäre Schmerz.

In diesem Fall ist es sehr wichtig, diese Verhinderungsgründe in die Behandlung mit einzubeziehen. Auch wenn es eher um eine Ausnahme handelt, empfehle ich Ihnen, folgende Fragen gründlich zu durchdenken und zu beantworten, um Heilungshindernisse bereits im Vorfeld erkennen zu können. Dies kann manchmal ausschlaggebend sein für den Erfolg einer Behandlung.

Was werde ich verlieren, wenn ich gesund werde/meine Beschwerden loswerde?

Beispiele:

- Verlust materieller Dinge (z.B. Rente, finanzielle Entschädigungen, Privilegien)
- Immaterielle Dinge (z.B. intensive Zuwendung durch die Familie oder Freunde, die ich nur erhalte, wenn/weil ich so krank bin)
- Angst, wieder arbeiten gehen zu müssen und davor den Anforderungen nicht mehr gerecht zu werden oder sowieso nicht mehr vermittelt zu werden
- Angst sich einem bestimmten Problem stellen zu müssen

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?

Bitte beachten Sie, wenn Sie einmal einen vereinbarten Termin verschieben oder absagen müssen, dann bitte mindestens 48h vorher. Andernfalls fällt ein Ausfallhonorar an in Höhe von 100.- EUR bei einem Vorgesprächstermin und 200 EUR (Kinder 150 EUR) bei einem zu spät oder nicht abgesagten Behandlungstermin. Bei Erkrankung gilt dies nicht, allerdings verpflichten Sie sich dann einen Ersatztermin zu vereinbaren.

Mit dem Unterschreiben dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden.

Datum

Unterschrift