



# Die Hypnosepraxis

## Anamnesebogen für Patienten

Klaus Schütz  
Heilpraktiker für Psychotherapie  
Dipl. Hypnosetherapeut NGH

Die Hypnosepraxis  
Vilbeler Landstr. 255  
60388 Frankfurt am Main

[www.die-hypnosepraxis.de](http://www.die-hypnosepraxis.de)  
[mail@die-hypnosepraxis.de](mailto:mail@die-hypnosepraxis.de)  
Tel. +49 176 57958285

# Anamnesebogen

Liebe Klientin, lieber Klient,

gerne habe ich einen Hypnosetermin für Dich vorgemerkt. Für die verbindliche Buchung benötige ich noch einige Informationen von Dir.

Bitte nimm Dir etwas Zeit und fülle alle Felder dieses Fragebogens bestmöglich aus. Deine Angaben werden selbstverständlich, ebenso wie die Inhalte der Sitzung, vertraulich behandelt!

Du kannst mir diesen Fragebogen per Mail an [mail@die-hypnosepraxis.de](mailto:mail@die-hypnosepraxis.de) schicken.

Vielen Dank!

## Kontaktdaten

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

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Bitte gib nur Telefonnummern und E-Mail-Adressen an, bei denen ich mich als Dein Hypnosetherapeut Klaus Schütz zu erkennen geben darf.*

**Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins:** \_\_\_\_\_

Vereinbartes Honorar für die Erstsitzung: 100 EUR, Folgesitzungen je nach Art und laut der Website (Preise)

Name der Mutter: \_\_\_\_\_  lebt  verstorben

Name des Vaters: \_\_\_\_\_  lebt  verstorben

Meine Eltern sind:  zusammen  geschieden

Hast Du Kinder?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Hast Du Geschwister? \_\_\_\_\_

Wie bist Du auf mich aufmerksam geworden?

---

---

---

Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja

Schlafen / Entspannen:  gut  normal  schlecht

Hast Du Hypnose schon einmal erlebt?  Nein  Ja

Wer hat Dich hypnotisiert: \_\_\_\_\_

Grund der Hypnose: \_\_\_\_\_

Glaubst Du, dass Du wirklich in Hypnose warst?  Ja  Nein  Weiß nicht  
Wieso hast Du diese Annahme?

---

---

### Medizinische Patientengeschichte

Bist Du derzeit oder warst Du in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)?  Ja  Nein

Wenn ja: warum?

---

---

Leidest/Littest Du an Langzeiterkrankungen?  Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein  
Wenn ja: welche?

---

---

Warst Du je in Behandlung wegen  
Herzkrankheiten  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Thrombose  Ja  Nein

Nimmst Du zurzeit Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, warum und welche?

---

---

---

---

---

Hast Du in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht?  Ja  Nein  
Falls ja, welche:

---

---

Ist bei Dir eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie:  Ja  Nein – Wenn Ja, wann war der letzte Anfall? \_\_\_\_\_

Starkes Asthma:  Ja  Nein

Sonstige Anfallserkrankung:  Ja  Nein  
falls ja, welche:

---

---

Andauernde starke Schmerzen:  Ja  Nein  
falls ja, welche:

---

---

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie stark sind die Schmerzen, wenn 1 der niedrigste und 10 der höchste Wert ist?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann bestehen die Schmerzen? \_\_\_\_\_

Bei welchem Wert würde sich Deine Lebensqualität verbessern: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

---

---

Erhebliche Kreislaufprobleme:  Ja  Nein

Dein Blutdruck ist:  normal  zu hoch  zu niedrig

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV, etc.):  Ja  Nein  
falls ja, welche:

---

---

Herz-Erkrankung:  Ja  Nein  
falls ja, welche:

---

---

Probleme mit Schultern, Armen, Nacken oder Händen, Handgelenken:  Ja  Nein  
falls ja, welche:

---

---

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen:  Ja  Nein  
falls ja, welche:

---

---

Körperliche oder geistige Behinderung:  Ja  Nein

falls ja, welche:

---

---

In Behandlung bei Psychiater oder Neurologe:  Ja  Nein

falls ja, hast Du mit diesem über die Hypnosetherapie gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben?

---

---

Schwere psychische Erkrankung (Psychose):  Ja  Nein

falls ja, welche:

---

---

Abhängigkeit von Medikamenten:  Ja  Nein

falls ja, welche:

---

---

Drogenabhängigkeit (außer Tabak):  Ja  Nein

falls ja, welche:

---

---

Cannabis-Konsum innerhalb der letzten Woche:  Ja  Nein

Alkoholabhängigkeit:  Ja  Nein

ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung):  Ja  Nein

falls ja, welche:

---

---

Welche beiden Menschen haben dich in deinem Leben am meisten verletzt/enttäuscht:

Mutter  Vater  Andere:

Hast Du ein Problem mit/Angst vor:

Strand:  Ja  Nein

Höhe:  Ja  Nein

Wiese:  Ja  Nein

Rolltreppe:  Ja  Nein

Fahrstuhl:  Ja  Nein

Tiere:  Hund  Katze  Andere:

Gab es einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff:  Ja  Nein

Wegen welchen Themen/Problemen kommst Du in die Hypnosetherapie?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Was hast Du schon unternommen, um diese Probleme zu lösen/lindern?

Nichts    Hausarzt    Psychologe    Psychiater    Kinesiologie

Anderes:

---

Ergebnis dieser Behandlungen:

---

---

---

Hast Du schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht Dir das Leben zu nehmen:  Ja    Nein  
wenn ja, wann:

---

---

Hauptgrund für die Sitzung, das Thema:

---

---

---

---

Bitte beschreibe, was die wichtigste Veränderung ist, die Du mit der Hypnose erreichen willst. Beschreibe diese Veränderung so klar und vollständig wie möglich.

---

---

---

---

Nimm Dir einige Minuten Zeit und denke über die Vorteile nach, die Du durch diese wichtige Veränderung in Deinem Leben erreichst. Zum Beispiel: Wie sich diese Veränderung auf Deine Arbeit auswirkt, Dein Privatleben, Deine Beziehungen, wie andere Menschen Dich wahrnehmen, wie Du Dich dadurch fühlst usw.

Bitte schreibe mindestens sieben Vorteile auf. Es ist eine Hilfe, wenn Du diese Vorteile positiv formulierst, also z.B. statt „Ich habe keine Angst mehr“: „Ich fühle mich frei und sicher.“

1. 

---
2. 

---
3. 

---
4. 

---
5. 

---
6. 

---
7. 

---

Was ist das Problem, was beschäftigt Dich am meisten?

---

---

---

---

Beschreibe ein Beispiel:

---

---

---

---

Beschreibe mir einmal Deine körperlichen Symptome (wenn das Problem auftritt):

---

---

---

---

Wie behindert Dich das im Alltag, im beruflichen Leben, im Leben (bitte so ausführlich wie möglich):

---

---

---

---

Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist Dein Problem (1 = niedrig; 10= extrem stark)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Wie sehr bist Du bereit, Veränderungen in Deinem Leben zuzulassen? (1= wenig, 10= viel)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Wie sehr bist Du bereit, mit Deiner Vergangenheit Frieden zu schließen? (1= wenig, 10= sehr stark)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Bist Du in einer Beziehung (Partnerschaft)? Wie glücklich bist Du mit dieser? (1= wenig, 10= sehr stark)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

**Hast Du noch Fragen zur Hypnose?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

## Belehrung und Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, über die Hypnose entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

Ich erlaube dem Hypnosetherapeuten, Klaus Schütz, diese Therapie entsprechend durchzuführen. Alle Patienten- und Therapieinhalte sind vertraulich.

Ein Hypnotiseur diagnostiziert keine somatischen Krankheiten und macht keine Heilversprechungen. Auch in meinem Fall ist dies nicht geschehen.

Der Besuch beim Hypnosetherapeuten ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung. Der Hypnosetherapeut Klaus Schütz hat mir auch nicht in irgendeiner Form davon abgeraten ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.

Generell arbeitet der Hypnosetherapeut Klaus Schütz an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte.

Kontakt per E-Mail (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up) ist erlaubt:  Ja  Nein

---

Datum

---

Unterschrift

PS:

Harte Kontaktlinsen

Bitte nimm diese vor der Sitzung raus, damit Du Dich besser entspannen kannst.

Toilette

Vor der Hypnosetherapie falls notwendig bitte noch auf die Toilette gehen.

Kaugummi

Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

Handy

Bitte schalte dein Handy ganz aus.

Rauschmittel

Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!