

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen vollständig.

Anschliessend senden Sie diesen bitte vor dem ersten Termin an info@hywano.ch

Angaben zur Person

Frau Herr

Titel:

Name: Vorname:

Geb.-datum:

Stasse, Nr.: Tel. Privat:

PLZ, Ort: Tel. Handy:

Tel. Geschäft:

E-Mail: Zeiten der Erreichbarkeit:

Ausbildung/Beruf

Welchen Schulabschluss oder akademischen Abschluss haben Sie?

.....

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

.....

Welchen Beruf üben Sie aus?

.....

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

.....

Familienstand

Sind Sie verheiratet? Ja nein

Vorname des Partners /der Partnerin?

Namen und Alter der Kinder?

Familienherkunft

Alter der Mutter bei Ihrer Geburt?

Alter des Vaters bei Ihrer Geburt?

Leben Ihre Eltern noch? Ja nein

Wenn nein, wann sind sie gestorben?

Welches ist Ihre Stellung in der Geschwisterreihe?

.....

Haben Sie Erfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden?

.....

Gesundheitliche Situation

Was ist der Grund Ihres Besuches?

.....

Bitte beschreiben Sie Ihr Problem:

.....

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

.....

Wie äussert es sich?

.....

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer? (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse etc.)

.....

Haben irgendwelche Personen Einfluss auf das Behandlungsthema/das Problem (Partner, Kollegen, Chef, Familie)?

.....

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?

.....

Bestehende Diagnosen:

Waren Sie zu dem Problem bereits in Vorbehandlungen? Ja Nein

wenn ja, wann, wie lange, ambulant, stationär, Erfolg:

.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ja Nein; wenn ja, welche? (Bitte mit Dosierung und Dauer angeben.)

.....

.....

Wie vertragen Sie die Medikamente? gut nicht gut

.....

Treten Nebenwirkungen auf? Ja Nein; wenn ja, welche

.....

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie besucht?

Ja Nein

Wenn ja weshalb, wann, wie lange, mit welchem Ergebnis:

.....

Sind ähnliche Probleme in Ihrer Familie bekannt?

Ja Nein Weiss nicht

Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen besonders häufig auf?

Ja Nein Weiss nicht

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

.....

Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie? Ja Nein

wenn ja was und wieviel?:

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

wenn ja wie häufig, wie viel?:

Nehmen Sie Drogen oder haben Sie früher Drogen genommen? Ja Nein

wenn ja, welche, wann, wie häufig?

Bewerten Sie auf einer Skala von 0 – 10 (0 ist das Minimum, 10 das Maximum) Ihren derzeitigen allgemeinen Stresslevel und nennen Sie die Hauptursache, falls vorhanden:

.....

Treiben Sie regelmässig Sport? Ja Nein

wenn ja welchen und wie häufig?

Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten?

Wie kommen Sie damit zurecht? Gut weniger gut zu wenig schlaf

Wie ernähren Sie sich?

Regelmässig unregelmässig ausgewogen unausgewogen gesund ungesund

Wie viele Stunden Tageslicht/Sonne bekommen Sie?

Kennen Sie saisonale Niedergeschlagenheit (Winter/Schichtarbeit etc.) Ja Nein

Leben Sie in einer Partnerschaft? Ja Nein

Bestehen in der Beziehung oder generell aktuelle Krisen oder Unzufriedenheit? Ja Nein

Behandlungsziel:

Was ist Ihr gewünschtes 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, welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

.....

Allgemeines

Was ist das Allerwichtigste in Ihrem Leben?

.....

Welches ist Ihr grösstes Hobby, Ihre grösste Leidenschaft?

.....

Glaube an eine höhere Kraft?

.....

Haben Sie orthopädischen Probleme, Ja Nein; wenn ja, welche (z.B. Halswirbelsäule)?

.....

Mögliche negative Konsequenzen der Heilung:

.....

Bitte stellen Sie sich folgende Fragen

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

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

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

Wert der Heilung?

Welche Dinge sollten Sie kurzfristig tun?

Welche Dinge sollten Sie langfristig tun?

Sonstige Anmerkungen:

Gibt es etwas, das ich als Therapeut besonders beachten sollte? Etwas unbedingt tun oder vermeiden?

Ja Nein; wenn ja was?

.....

Gibt es wichtige Dinge, die nicht erfragt wurden, die Sie aber mitteilen möchten? Ja Nein; wenn ja was?

.....

.....

Wichtige Information für Sie

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, muss dieser 48 Stunden vor dem Termin durch Sie abgesagt werden. Absagen innerhalb 48 Stunden vor dem Termin werden in Rechnung gestellt.

Wird ein Ersttermin nicht eingehalten, werden weitere Termine nur gegen Vorkasse vereinbart.