

Anmeldung: Gewichtsreduktion mit Hypnose

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ PLZ: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Email : _____ Newsletter: ja nein

Woher kennen Sie die Hypnosepraxis Thiele? Empfehlung?

Ich werde mein Gewicht nachhaltig reduzieren. Im Coaching finde ich meinen individuellen Weg zu meinem persönlichen Wohlfühlgewicht und werde mein Wissen und Können dafür einsetzen, um mein Ziel zu erreichen. Das Intensivcoaching beinhaltet zwei Termine, zuzüglich einer Hypnose mp3 für zu Hause.

Hypnose ist nicht geeignet bei:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|-----------|
| • schweren Herz- und Kreislauferkrankungen | Ja / Nein |
| • starkem Alkohol und Drogenkonsum | Ja / Nein |
| • Thrombose | Ja / Nein |
| • Schwere Psychosen | Ja / Nein |
| • Epilepsie oder schwerem Asthma | Ja / Nein |
| • Schwerwiegende Erkrankungen des zentralen Nervensystems | Ja / Nein |

Informieren Sie mich bitte, wenn

- Sie unter Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie leiden
- Sie schwanger sind oder während der Behandlung werden
- Depressionen
- Migräne
- Nehmen Sie Medikamente?

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass 1) bei nicht Einhalten des vereinbarten Termins, 100%iger Verdienstausschlag entsteht. Bitte haben Sie deshalb Verständnis dafür, dass ich Ihnen mein Honorar in Rechnung stelle. Diese Zahlungsverpflichtung entfällt, wenn mindestens 3 Tage vorher abgesagt wurde. 2) Ihr Fall bei Bedarf anonymisiert in einer Supervisionsgruppe vorgestellt werden kann. 3) das Erreichen oder ein geplanter Erfolg in der gemeinsamen Arbeit nicht garantiert werden kann. Beide Parteien arbeiten jedoch nach bestem Wissen und Können daran, dass ein Therapieerfolg eintritt. Die Mitarbeit des Klienten ist für den Erfolg ausschlaggebend. 4) Die Datenschutzrichtlinien und AGBs habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Fragebogen zur Gewichtsreduktion:

Gewicht: Alter: Größe: BMI: Zielgewicht:

- Warum möchten Sie abnehmen?
- Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?
- Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren *sollten* und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?
- Wann hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?
- Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben? Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit in Ihrem Leben (z. Bsp.: Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld usw.)
- Welche Gefühle verbinden Sie mit der Zeit in Ihrem Leben? (Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schule...)
- Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten?
- Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, das Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z. B. Schokolade)?
- Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja wann und warum?
- Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag Essverhalten (typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit)?

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

- Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“ (Geschäftssessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)?
- Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert? (Hobby-Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs etc.)
- Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert (z. B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?
- Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?
- Essen Sie auch wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum?
- Essen Sie den Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind?
- Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?
- Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben?
- Treiben Sie Sport? Wenn ja was und wie oft pro Woche?
- Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.) Was glauben Sie ist das Hauptproblem, weshalb Sie nicht abnehmen können?
- Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) **nicht** Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:
(1 = überhaupt nicht zuversichtlich, 10 völlig zuversichtlich)
Bei einer Einladung in ein Restaurant: 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem großen Wochenendeinkauf:
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Im Beisein anderer, wenn diese viel essen: 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Bei Angst und Nervosität: 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Bei Konzentrationsverlust: 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen: 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Bei Stress, um zu entspannen: 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen: 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Bei leichten Hungergefühlen:

1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Wie hoch schätzen Sie ihr derzeitiges Stresslevel vor der Sitzung zu Ihrem Thema ein?

niedrig 1...2...3...4...56...7...8...9...10% hoch

Meine Bereitschaft meine Essgewohnheiten zu ändern ist bei

niedrig 1...2...3...4...56...7...8...9...10% hoch

Mein Wille zur Veränderung ist bei

niedrig 1...2...3...4...56...7...8...9...10% hoch

Bringen Sie den Fragebogen bitte ausgefüllt zur ersten Sitzung mit.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Datum und Unterschrift des Klienten