

Anmeldung: Nichtraucher werden mit Hypnose

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ PLZ: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Email : _____ Newsletter: ja nein

Woher kennen Sie die Hypnosepraxis Thiele? Empfehlung?

Im Coaching finde ich meinen individuellen Weg zum rauchfreien Leben. Ich werde mein Wissen und Können dafür einsetzen, um mein Ziel zu erreichen. Das Coaching 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 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 Verdienstaussfall 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 Raucherentwöhnung mit Hypnose

- Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?
- Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?
- In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
- Welche Zigarette ist Ihnen im Laufe eines Tages am wichtigsten?
- Rauchen Sie auch wenn Sie im Bett liegen müssen?
- Wie alt waren Sie (schätzungsweise), als Sie begonnen haben zu rauchen?
- Wie viele Jahre haben Sie geraucht?
- Was war der Grund dafür, dass Sie mit dem Rauchen begonnen haben?
- Welche Gefühle verbinden Sie mit der Zeit in Ihrem Leben? (Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schule....)
- Haben Ihre Eltern geraucht? Haben andere wichtige Personen in Ihrem Umfeld geraucht?
- Haben Sie früher schon versucht damit aufzuhören? Wenn ja, wie häufig und mit welchem Erfolg?
- In welchen Situationen oder Stimmungen rauchen Sie besonders viel?
- Finden Sie es schwierig, Rauchverbote in Kinos oder öffentlichen Gebäuden einzuhalten?
- Geraten Sie in Panik, wenn Sie keine Zigaretten zur Verfügung haben? Was tun Sie?
- Welche Ritual-Zigaretten, also Zigaretten, die in festem Zusammenhang mit einer Tätigkeit oder einer Situation stehen gibt es?
- Was macht Ihnen am meisten Angst, wenn Sie ans Aufhören denken?
- Was bestärkt Sie mit dem Rauchen aufhören zu wollen? Was könnte Ihnen neben der Hypnose als Unterstützung dienen?
- Raucht Ihr Partner oder andere Menschen in Ihrem näheren Umfeld? Können Sie Raucher in der Anfangszeit meiden oder gibt es Situationen, in denen Sie gleich von Beginn Ihrer Rauchfreiheit an Menschen um sich haben werden, die rauchen, denen Sie nicht aus dem Weg gehen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wören, in folgenden Situationen, aus eigener Kraft (also ohne die Unterstützung von Hypnose), nicht zu rauchen:
(1 = überhaupt nicht zuversichtlich, 10 = völlig zuversichtlich)

In geselliger Runde mit Alkohol	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 Ärger über etwas oder jemanden	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 Hungergefühlen	1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Nach dem Essen	1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
Wenn Sie morgens aufstehen	1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Wenn Sie möchten, dann rauchen Sie bis zu unserem Termin wie gewohnt weiter. Am Tag des Termins, räumen Sie bevor Sie losfahren, alle Rauchtensilien weg.
Bringen Sie den Fragebogen bitte ausgefüllt zur 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

-