

Hypnosetherapie Fragebogen

Liebe/r Klient/in,

herzlich willkommen zu Ihrer Hypnosetherapie! Um die Sitzungen bestmöglich auf Ihre individuellen Bedürfnisse abzustimmen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Antworten helfen uns, Ihre Ziele, Herausforderungen und Erwartungen besser zu verstehen. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Informationen

Name: _____

Alter: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

1. Allgemeine Gesundheit

1. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

- Sehr gut
- Gut
- Durchschnittlich
- Schlecht

2. Leiden Sie an chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen?

- Ja
- Nein

Falls ja, bitte spezifizieren: _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Falls ja, welche: _____

2. Psychisches Befinden

4. Wie würden Sie Ihren aktuellen psychischen Zustand bewerten?

Sehr gut

Gut

Durchschnittlich

Schlecht

5. Haben Sie in der Vergangenheit psychologische Unterstützung in Anspruch genommen?

Ja

Nein

Falls ja, welche Art der Therapie und wann: _____

6. Gibt es aktuelle oder vergangene psychische Herausforderungen (z.B. Depression, Angst, Trauma)?

Ja

Nein

Falls ja, bitte beschreiben: _____

3. Ziele und Erwartungen

7. Was möchten Sie durch die Hypnosetherapie erreichen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Stressbewältigung
- Angstlösung
- Stärkung des Selbstvertrauens
- Überwindung von Phobien
- Bewältigung von Traumata
- Raucherentwöhnung
- Gewichtsreduktion
- Verbesserung der Schlafqualität
- Sonstiges: _____

8. Wie würden Sie Ihr Stresslevel aktuell einschätzen?

- Niedrig
- Mittel
- Hoch
- Sehr hoch

9. Gibt es spezifische Situationen, die Ihr Stresslevel erhöhen oder Ihre Symptome verschlimmern?

- Ja
- Nein

Falls ja, bitte beschreiben: _____

4. Glaubenssätze und Blockaden

10. Welche negativen Glaubenssätze oder inneren Blockaden hindern Sie daran, Ihre Ziele zu erreichen?

(Bitte listen Sie mindestens drei auf.)

1. _____

2. _____

3. _____

11. Wie stark glauben Sie, dass diese Glaubenssätze Ihr Leben beeinflussen?

- Kaum
- Etwas
- Stark
- Sehr stark

5. Hypnose-Erfahrungen

12. Haben Sie bereits Erfahrung mit Hypnose?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche Erfahrungen haben Sie gemacht: _____

13. Wie stehen Sie der Hypnosetherapie gegenüber?

- Sehr positiv
- Positiv
- Neutral
- Skeptisch

14. Haben Sie spezifische Erwartungen oder Bedenken bezüglich der Hypnose?

6. Lebensstil und Umfeld

15. Wie würden Sie Ihr soziales Umfeld beschreiben?

- Unterstützend
- Neutral
- Belastend

16. Welche Aktivitäten oder Hobbys geben Ihnen Energie und Freude?

17. Wie würden Sie Ihre Schlafqualität beschreiben?

- Sehr gut
- Gut
- Durchschnittlich
- Schlecht

7. Sonstiges

18. Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten, bevor wir mit der Therapie beginnen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Antworten helfen uns, Ihre Therapie so individuell und effektiv wie möglich zu gestalten.

Mit freundlichen Grüßen

Jasmin Thiele