

## Einverständniserklärung zur Hypnosetherapie

Ich bestätige hiermit, dass mir die möglichen Kontraindikationen für eine Hypnosetherapie bekannt sind und dass bei mir keine der unten genannten Erkrankungen oder gesundheitlichen Einschränkungen vorliegt:

### Absolute Kontraindikationen (Hypnose ist ausgeschlossen bei):

- Psychosen (z. B. Schizophrenie, bipolare Störung, schwere Depressionen endogenen Ursprungs) Epilepsie oder andere Anfallserkrankungen
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems
- Bestimmten Herzerkrankungen, kürzlich erlittenem Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Thrombosen
- Der Einnahme bestimmter Psychopharmaka oder psychoaktiver Substanzen (Drogen)

### Relative Kontraindikationen (Hypnose nur nach ärztlicher Rücksprache):

- Schwangerschaft
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Mittelgradige Depression
- Herz-Kreislauf-Probleme (z. B. starkem Bluthoch- oder -niederdruck)
- Bestimmte Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline)

Mir ist bewusst, dass Hypnose kein Ersatz für eine medizinische Behandlung ist. Sollte sich im Verlauf der Therapie herausstellen, dass eine der oben genannten Einschränkungen bei mir vorliegt, verpflichte ich mich, den Therapeuten darüber zu informieren.

**Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich keine der genannten Kontraindikationen habe und dass ich die Hypnosetherapie auf eigene Verantwortung in Anspruch nehme.**

Name des Klienten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_