

Fragebogen/Anamnese zur Gewichtsreduktion mit Hypnose

Datum:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Email Adresse:

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

BMI:

Wieso möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr Ziel Gewicht?

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

Wissen Sie, wie eine gesunde und ausgewogene Ernährung für Sie aussehen sollte?

Halten Sie sich an dieses Wissen?

Haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?

Hatten Sie in Ihrem Leben schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?
Wenn ja wann?

Gab es Veränderungen in Ihrem Leben, bevor Sie an Gewicht zugenommen haben?

Können Sie sich an die Gefühle erinnern, die in dieser Zeit in Ihrem Leben eine Rolle gespielt haben? (z.B.: Stress, Glück, Schuld, Scham, Trauer,...):

Was trinken und essen Sie am liebsten?

Welches ist Ihr „Problemnahrungsmittel“ oder Ihr „kalorienreiches Problemgetränk“?
Wovon können Sie schwer lassen?

Beschreiben Sie in Stichpunkten Ihr derzeitiges durchschnittliches Essverhalten: (typische Nahrungsmittel / Menge / Zeiten / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit)?

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Setzen Sie Essen als Belohnung ein? Wenn ja – wann und wie?

Erleben Sie häufig Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“?

Wie aufwendig wird in Ihrem Umfeld gekocht?

Werden Sie beruflich mit Essen konfrontiert?

Essen Sie, um sich von etwas abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

Essen Sie, wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum?

Essen Sie (immer) Ihren Teller leer, auch wenn Sie eigentlich nicht mehr hungrig sind?

Ist Essen ein häufiger Begleiter Ihrer Gedanken?

Haben Sie im Moment Stress in Ihrem Leben? Wenn ja – wo und warum?

Wie oft bewegen Sie sich wie in der Woche/ am Tag?

Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche?

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Gibt es Übergewicht in Ihrer Familie?

Was glauben Sie ist das Hauptproblem, warum Sie nicht dauerhaft abnehmen können?

Gesundheitliche Situation und Medikamente

Nehmen Sie zurzeit (vom Arzt verschriebene) Medikamente oder andere Substanzen? Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist?

Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.)

Bestehen derzeit aktuelle gesundheitliche oder emotionale Problem oder gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft)?

Befinden Sie sich in weiterer Behandlung? Schulmedizinisch? O Alternativmedizin? O

Gibt es Vordiagnosen? Wenn ja welche und wann wurden Sie gestellt?

Körperliche Gesundheit, Vorerkrankungen, sowie chronische Erkrankungen: (ggf. ausführen):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Allergien und Unverträglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Verletzungen | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte | <input type="checkbox"/> Psychosen – psychiatrische Erkrank. |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Organversagen | <input type="checkbox"/> Schlafbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Verdauung | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz/Migräne | <input type="checkbox"/> Schwindel/Herzklopfen/Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des zentralen Nervensystems | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> ADS | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Einnahme von Psychopharmaka |
- Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang unbedingt die Kontraindikationen (Fettdruck).

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und bin mir dessen bewusst, dass fehlerhafte oder fehlende Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten

Cornelia Umbach, Heilpraktikerin Psychotherapie (HPG)
Zertifiziert in Hypnose & Somatic experiencing (Levine)