

Anamnesebogen

Liebe Klientin, lieber Klient,
gerne habe ich für Sie einen Termin zu einer Schnupperstunde bzw. einem Erstgespräch vorgemerkt. Für eine verbindliche Durchführung benötige ich noch einige Informationen von Ihnen. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen alle Felder dieses Fragebogens bestmöglich aus. Ihre Angaben werden selbstverständlich, ebenso wie die Inhalte der Sitzung, vertraulich behandelt!
Sie können mir diesen Fragebogen per Mail an info@kt-schneider.de schicken oder bringen Sie ihn ausgefüllt und unterschrieben mit zur ersten Sitzung.
Vielen Dank!



Privatpraxis . Julia Schneider : Kunsttherapie und Hypnose

Heilpraktikerin für Psychotherapie . Hypnose- und Kunsttherapeutin

Grüneburgweg 71 . 60323 Frankfurt am Main . Mobil: 0176 800 84 405 . info@kt-schneider.de

Ing-Diba AG . IBAN: DE66 5001 0517 5402 6262 43 . BIC: INGDDEFFXXX

Kontaktdaten

Vorname	_____
Nachname	_____
Straße + Hausnr.	_____
PLZ, Ort	_____
Telefon /Mobil*	_____
E-Mail*	_____
Beruf	_____
Geburtsdatum	_____

*Bitte geben Sie nur Telefonnummern und E-Mail-Adressen an, bei denen ich mich als Ihre Kunst- oder Hypnosetherapeutin Julia Schneider zu erkennen geben darf.

Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins	_____
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?	_____

Familie und soziales Umfeld

Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft
Jetziger Partner	_____			seit wann:

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie stark sind Sie glücklich mit dieser Partnerschaft (1 = wenig, 10 = sehr stark)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Name der Mutter	_____	<input type="checkbox"/> lebt	<input type="checkbox"/> verstorben
Name des Vaters	_____	<input type="checkbox"/> lebt	<input type="checkbox"/> verstorben
Ihre Eltern sind	<input type="checkbox"/> zusammen <input type="checkbox"/> geschieden		
Geschwister	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Haben Sie Kinder	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ihre engsten!! Freunde, Kollegen, Bezugspersonen oder Verwandten			

Interesse und Erfahrung mit Kunsttherapie und Hypnose

An welche Therapieverfahren sind Sie interessiert und dürfen von mir angewendet werden?

Kunsttherapie nein ja

Wenn nein, warum _____

Hypnose nein ja

Wenn nein, warum _____

Schlafen / Entspannen gut normal schlecht

Haben Sie Hypnose schon einmal erlebt? nein ja

Wo / bei wem? _____

Grund _____

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? nein ja weiß nicht

Wieso haben Sie diese Annahme?

Haben Sie bereits Erfahrung mit Kunsttherapie? nein ja

Wo / bei wem? _____

Grund _____

Kontraindikationen: Wenn eines der folgenden Punkte bei Ihnen zutrifft, ist eine Hypnosetherapie leider nicht möglich. Kunsttherapie ist eventuell unter Umständen möglich, müssen wir allerdings gemeinsam individuell entscheiden und muss vorher von Ihrem Arzt des Vertrauens abgeklärt werden.

- Akute Probleme mit dem Herzen oder Gehirn (bspw. Herzinfarkt oder Gehirnblutung)
- Thrombose oder akute Kreislaufprobleme (Hypnose erweitert die Blutgefäße)
- Psychosen jeder Art (Schizophrenie, Bipolare Störungen, etc.)
- Einnahme starker Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika)
- Epilepsie (Hypnose kann einen Anfall auslösen)
- Geistige Verwirrung, starke geistige Behinderung

Medizinische Patientengeschichte

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? nein ja

Wenn ja, warum? _____

Leiden oder litten Sie an einer Langzeiterkrankung? nein ja, seit:

Wenn ja, welche? _____

Waren Sie je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten nein ja

Diabetes nein ja

Thrombose nein ja

Nehmen Sie derzeit Medikamente?

nein ja, welche _____

Abhängigkeit von Medikamenten

nein ja, welche _____

Hatten Sie bereits Erfahrungen mit Drogen?

nein ja, welche _____

Abhängigkeit von Drogen (außer Tabak)

nein ja, welche _____

Cannabis-Konsum innerhalb der letzten Woche: nein ja

Alkoholabhängigkeit nein ja

Ist Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie nein ja, letzter Anfall:

Starkes Asthma nein ja

Sonstige Anfallserkrankung

nein ja, welche _____

Kreislaufprobleme nein ja

Blutdruck normal zu hoch zu niedrig

Herzerkrankung

nein ja, welche _____

Probleme mit Schultern, Armen, Nacken oder Händen, Handgelenken

nein ja, welche _____

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen

nein ja, welche _____

Andauernde starke Schmerzen

nein ja, welche _____

Seit wann bestehen die Schmerzen? _____

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie stark sind die Schmerzen (1 = niedrig, 10 = extrem stark)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bei welchem Wert würde sich ihre Lebensqualität verbessern?

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV, etc.):

nein ja, welche _____

ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung):

nein ja, welche _____

Körperliche oder geistige Behinderung:

nein ja, welche _____

In Behandlung bei Psychiater/in oder Neurolog/in: nein ja

falls ja, haben Sie mit diese/r über die Hypnose oder Kunsttherapie gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben? nein ja

Schwere psychische Erkrankung (Psychose):

nein ja, welche _____

Haben Sie Probleme mit /Angst vor

Strand nein ja Rolltreppe nein ja

Höhe nein ja Fahrstuhl nein ja

Wiese nein ja Tier nein ja, welches

Gab es einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff: nein ja

Haben Sie ernsthaft darüber nachgedacht, Ihnen das Leben zu nehmen?

nein ja, wann _____

Welche beiden Menschen haben Sie in ihrem Leben am meisten verletzt/enttäuscht:

Mutter Vater Andere

Anliegen

Wegen welcher Probleme kommen Sie in die Hypnose und/oder Kunsttherapie?

Was haben Sie schon unternommen, um die Probleme zu lösen/lindern?

Nichts Hausarzt Psychologe/Psychotherapie Psychiater

Andere, welche _____

Ergebnis der Behandlungen:

Was ist das Hauptproblem, was beschäftigt Sie am meisten?

Beschreiben Sie ein Beispiel, wenn und wann es auftritt.

Beschreiben Sie Ihre körperlichen Symptome, wenn das Problem auftritt.

Wie behindert Sie das im Alltag, im beruflichen Leben, im Leben etc.?
(bitte so ausführlich wie möglich)

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie stark ist Ihr Problem (1 = niedrig, 10 = extrem stark)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte beschreiben Sie, was die wichtigste Veränderung ist, die Sie mit der Therapie erreichen wollen. Beschreiben Sie diese Veränderungen so klar und vollständig wie möglich.

Nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und denken Sie über die Vorteile nach, die Sie durch diese wichtige Veränderung in Ihrem Leben erreichen. Zum Beispiel: Wie sich diese Veränderung auf Ihre Arbeit auswirkt, Ihr Privatleben, Ihre Beziehungen, wie andere Menschen Sie wahrnehmen, wie Sie sich dadurch fühlen usw.

Bitte schreiben Sie mindestens sieben Vorteile auf. Es ist eine Hilfe, wenn Sie diese Vorteile positiv formulieren, also z.B. statt „Ich habe keine Angst mehr“: „Ich fühle mich frei und sicher.“

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Wie sehr sind Sie bereit, Veränderungen in Ihrem Leben zuzulassen (1 = wenig, 10 = viel)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr sind Sie bereit, mit Ihrer Vergangenheit Frieden zu schließen (1 = wenig, 10 = sehr stark)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr sind Sie bereit, Veränderungen in Ihrem Leben zuzulassen (1 = wenig, 10 = viel)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie noch Fragen zur Hypnose? Nein Ja

Wenn ja, welche _____

Belehrung und Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, über die Hypnose und Kunsttherapie entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

Ich erlaube der Hypnose- und Kunsttherapeutin, Julia Schneider, diese Therapie entsprechend durchzuführen. Alle Patienten- und Therapieinhalte sind vertraulich. Frau Julia Schneider diagnostiziert keine somatischen Krankheiten und macht keine Heilversprechungen. Auch in meinem Fall ist dies nicht geschehen.

Der Besuch der Hypnose- und Kunsttherapeutin, Julia Schneider ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung. Julia Schneider hat mir auch nicht in irgendeiner Form davon abgeraten ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes. Generell arbeitet Julia Schneider an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte.

Durch die Inanspruchnahme einer Hypnotherapie erklären ich mich ausdrücklich, organisch gesund zu sein. Durch die Inanspruchnahme der Kunst- und/oder Hypnotherapie wird Julia Schneider von eventuellen Haftungsansprüchen freigestellt.

Kontakt per E-Mail (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up) ist erlaubt: Nein Ja

Datum

Unterschrift

Bereit für den ersten Termin?

- Haben Sie den Anamnesebogen ausgefüllt und an info@kt-schneider.de versendet?
Oder bringen Sie ihn ausgefüllt und unterschrieben mit zur ersten Sitzung.
- Nehmen Sie harte Kontaktlinsen vor einer Hypnotherapiesitzung raus, damit Sie sich besser entspannen können.
- Vor der Sitzung falls notwendig bitte noch auf die Toilette gehen.
- Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.
- Schalten Sie Ihr Handy ganz aus.
- Kein Alkohol- oder Drogenkonsum vor der Sitzung!