

# 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](mailto: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](mailto:info@kt-schneider.de)

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

**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 ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ 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 \_\_\_\_\_ ☐ lebt ☐ verstorben

Name des Vaters \_\_\_\_\_ ☐ lebt ☐ verstorben

Ihre Eltern sind ☐ zusammen ☐ geschieden

Geschwister ☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder ☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ 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 eine 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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rolltreppe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Höhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Fahrstuhl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wiese	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tier	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 Hypnosetherapie erklären ich mich ausdrücklich, organisch gesund zu sein. Durch die Inanspruchnahme der Kunst- und/oder Hypnosetherapie 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](mailto:info@kt-schneider.de) versendet? Oder bringen Sie ihn ausgefüllt und unterschrieben mit zur ersten Sitzung.
- Nehmen Sie harte Kontaktlinsen vor einer Hypnosetherapiesitzung 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!