

## Anamnesebogen Gewichtsreduktion mit Hypnose

Erfassungsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Ich möchte über Neuigkeiten informiert werden  Ja  Nein  
 per Mail  per What`s App/Sms  per Post

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

---

### Gesundheitliche Situation

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

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen (bitte ALLE angeben)? Wie werden diese vertragen? Sind Nebenwirkungen bekannt, wie Gewichtszunahme?

Wurde schon einmal aus irgendeinem Grund eine Psychotherapie besucht? Wenn ja, weshalb und wie waren die Ergebnisse?

Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen in der Familie besonders häufig auf?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

---

## Lebensgewohnheiten

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig und wie viel?

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

Nehmen Sie Drogen ein oder haben Sie früher Drogen genommen?

Auf einer Skala von 0-10 (0 ist das Minimum, 10 das Maximum), wie hoch ist Ihr derzeitiges Stresslevel? Was ist die Hauptursache für diesen Stress?

Machen Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?

Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten? Kommen Sie mit diesen gut zurecht?

Bekommen Sie genug Licht/ Sonne?

Befinden Sie sich in einer Beziehung? Bestehen darin oder generell im familiären Bereich aktuelle Krisen oder Unzufriedenheiten?

## Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie war das, wie ist der Kollege/die Kollegin vorgegangen?

Haben Sie selbst Kenntnisse in einer Therapie- oder Coaching-Methode oder in einer meditativen Anwendung (NLP, Mentaltraining, Selbsthypnose, Yoga o.ä.) und dadurch ggf. auch Tranceerfahrungen?

Sind Sie bereits über den Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? (Aufklärungsbogen)

Wie stellen Sie sich eine Hypnosebehandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor?

Gibt es etwas, dass ich als Behandlerin besonders beachten sollte?  
(Sollte ich etwas unbedingt tun oder sollte ich unbedingt etwas vermeiden?)

Anmerkungen und Vereinbarungen:

## Thema

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr Zielgewicht?

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?  
Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass er zur Gewichtsabnahme führen sollte?

Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?

Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben?

Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit, als Sie zugenommen haben, in Ihrem Leben (z.B. Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld)?

Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag aus (typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeiten)?

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten?

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, das Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z.B. Schokolade)?

Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja, wann und wie?

Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“ (Geschäftsessen, Familienfeiern, Einladungen etc.)?

Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert? (Hobby-Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs etc.)

Werden sie häufig mit Essen konfrontiert (z.B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

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

Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind?

Sind Sie schon oft mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?

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

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

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung der Hypnose) **nicht** Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich; 3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

	1	2	3	4	5
Bei einer Einladung in ein Restaurant					
Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem großen Wochenendeinkauf					
Im Beisein anderer, wenn diese viel essen					
Bei Konzentrationsverlust					
Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen					
Bei Stress, um sich zu entspannen					
Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen					
Bei Angst und Nervosität					

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben. Ich bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Klienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Behandlers