

Anamnesebogen

Fragen zur Rauchentwöhnung 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

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?

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?

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?

Wie ernähren Sie sich? (Regelmäßig, gesund, ausgewogen)

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?

Anmerkungen und Vereinbarungen:

Thema

Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Welche Zigarette im Verlauf des Tages ist Ihnen am wichtigsten?

Rauchen Sie auch, wenn Sie krank im Bett liegen müssen?

Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben zu rauchen?

Wie viele Jahre Ihres Lebens haben Sie geraucht?

Was war der Grund dafür, dass Sie angefangen haben zu rauchen?

Haben Ihre Eltern geraucht? Haben andere wichtige Personen in Ihrem Umfeld geraucht?

Haben Personen Einfluss auf Ihr Rauchverhalten? (Partner, Kollegen, Familie)?

Haben Sie früher schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? Wenn ja, wie häufig und mit welchem Erfolg?

In welchen Situationen oder Stimmungen rauchen Sie besonders viel?

Gibt es Faktoren, die das Verlangen nach einer Zigarette verstärken oder lindern?
(Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse?)

Finden Sie es schwierig, Rauchverbote in Kinos oder anderen öffentlichen Gebäuden einzuhalten?

Geraten Sie in Panik, wenn Sie keine Zigarette zur Verfügung haben? Was tun Sie, wenn Sie bemerken, dass Ihre Zigaretten zu Ende gehen und Sie keine Ersatzschachtel mehr haben?

Welche Ritual-Zigaretten, also Zigaretten, die in festem Zusammenhang mit einer Tätigkeit stehen, gibt es?

Was macht Ihnen am meisten Angst, wenn Sie ans Aufhören denken?

Was bestärkt Sie, mit dem Rauchen aufhören zu wollen? Was könnte Ihnen neben der Hypnose als Unterstützung dienen?

Wie sicher sind Sie im Moment, dass Sie es schaffen werden auszuhören? Würden Sie auch aufhören, wenn es keine Hypnose gäbe und wenn ja, wie?

Unterstützt Sie jemand beim Aufhören? Wenn ja, wer und in welcher Form unterstützt sie Person Sie?

Raucht Ihr Partner oder andere Menschen in Ihrem näheren Umfeld? Können Sie Raucher in der Anfangszeit meiden oder gibt es Situationen, in denen Sie gleich von Beginn Ihrer Rauchfreiheit an Menschen um sich haben werden, die rauchen, denen Sie nicht aus dem Weg gehen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung der Hypnose) **nicht** zu rauchen:

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

	1	2	3	4	5
In geselliger Runde mit Alkohol					
Bei Angst und Nervosität					
Bei Ärger über etwas oder jemanden					
Bei Konzentrationsverlust					
Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen					
Bei Stress, um sich zu entspannen					
Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen					
Bei Hungergefühl					
Nach dem Essen					
Wenn Sie morgens gerade aufstehen					

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