

Fragebogen zur Raucherentwöhnung mit Hypnose

Hinweis: Dieser Fragebogen ist *ergänzend* zum Basis-Erfassungsbogen mit den Angaben zur gesundheitlichen Situation und der Klärung der Kontraindikationen anzuwenden.

Erfassungsdatum:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Email Adresse:

Geburtsdatum:

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 eines Tages ist Ihnen am wichtigsten?

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

Wie alt waren Sie (schätzungsweise), 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 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?

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 oder einer Situation 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 aufzuhören?

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 diese 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 durch Hypnose) **nicht** zu rauchen:

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

In geselliger Runde mit Alkohol: 1---2---3---4---5

Bei Angst und Nervosität: 1---2---3---4---5

Bei Ärger über etwas oder jemanden: 1---2---3---4---5

Bei Konzentrationsverlust: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen: 1---2---3---4---5

Bei Stress, um zu entspannen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen: 1---2---3---4---5

Bei Hungergefühlen: 1---2---3---4---5

Nach dem Essen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie morgens gerade aufstehen: 1---2---3---4---5

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und 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.**

Ich erlaube mit meiner Unterschrift, dass die Hypnosepraxis-Tieding diese Angaben, ausschließlich vertraulich, zur Information für meine Hypnose-Behandlung nutzen und archivieren darf.

Unterschrift des Klienten

Anamnesebogen für Hypnose-Behandlungen

Gesundheitliche Situation:

Bestehen derzeit noch anderen 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?

Wurde konkret für das zu behandelnde Thema bereits eine andere Therapie angeraten oder durchgeführt? Wie waren die Ergebnisse?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Lebensgewohnheiten

Trinken Sie Alkohol – wenn ja, wie häufig und wie viel?

Nehmen Sie andere Drogen ein oder haben Sie früher Drogen eingenommen?

Bewerten Sie bitte auf einer Skala von 0-10 (0 ist das Minimum, 10 das Maximum) Ihr derzeitiges allgemeines Stresslevel und benennen Sie die Hauptursachen des Stress, falls vorhanden.

Machen Sie regelmäßig Sport – wenn ja, welchen Sport und wie

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

Wie ernähren Sie sich (regelmäßig / gesund/ ausgewogen)?

Befinden Sie sich in einer Beziehung? Bestehen hierin oder generell im familiären Bereich aktuelle Krisen oder Unzufriedenheit?

Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie war das, wie ist der Kollege 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 Trance-Erfahrung?

Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? (siehe Aufklärungsbogen Punkt 3.)

Gibt es etwas, was der ich als Hypnotiseur besonders beachten sollte? (sollte ich etwas unbedingt tun oder sollte ich etwas unbedingt vermeiden)?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnose-Behandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Ich erlaube mit meiner Unterschrift, dass die Hypnosepraxis-Tieding diese Angaben, ausschließlich vertraulich, zur Information für meine Hypnose-Behandlung nutzen und archivieren darf.

Unterschrift Klient / Klientin