

Ihr Termin: Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
**Bei Kurzfristiger Absage bitte 0177-39 22 490 anrufen!**  
Andere Klienten freuen sich über einen frei werdenden Termin.



## Vertraulicher Fragebogen für eine Hypnos Sitzung

Bei Harald K. Markus. Alle Angaben werden **streng vertraulich behandelt**

Es werden keine Krankheiten diagnostiziert und keine Symptome behandelt. Das Vorgespräch inklusiver einer Hypnose soll Ihnen nur die Hypnose selber einmal zu erleben. Damit Sie sich selber ein Bild von der Hypnose machen können. Sie gehen KEINE Verpflichtung ein und entscheiden sich erst nach dem Vorgespräch ob Sie eine Behandlung wünschen.

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

Name: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Haben Sie ernsthafte Erkrankungen?** Nein  Ja, folgende

Krankheit: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

Krankheit: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon bei Psychologen, Psychiatern?** nein  ja

Jahr: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

**Sind Sie bei Psychologen, Psychiatern in Behandlung?** nein  ja

**Nehmen Sie Medikamente?** nein  ja

Datum: \_\_\_\_\_ Was: \_\_\_\_\_ Für: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Was: \_\_\_\_\_ Für: \_\_\_\_\_

### **Heutiges Befinden**

*Fühlen Sie sich oft:*

- |                                       |                                     |                                      |   |                                      |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> traurig      | <input type="checkbox"/> deprimiert | <input type="checkbox"/> ärgerlich   | <input type="checkbox"/> gestresst        | <input type="checkbox"/> wütend      |
| <input type="checkbox"/> voller Angst | <input type="checkbox"/> schuldig   | <input type="checkbox"/> machtlos    | <input type="checkbox"/> hilflos          | <input type="checkbox"/> unter Druck |
| <input type="checkbox"/> unsicher     | <input type="checkbox"/> ausgenutzt | <input type="checkbox"/> voller Hass | <input type="checkbox"/> orientierungslos | <input type="checkbox"/> missbraucht |

**Empfinden Sie sich selbst schön und liebenswert?** ja  nein  es geht so

**Können Sie sich selbst verwöhnen?** ja  nein  es geht so

### **Welche Bereiche Ihres Lebens bedürfen dringend der Verbesserung?**

- |                                      |   |  |   |
|--------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesundheit  | <input type="checkbox"/> Selbstsicherheit     | <input type="checkbox"/> Kommunikation | <input type="checkbox"/> Hobby / Freizeit |
| <input type="checkbox"/> Beziehungen | <input type="checkbox"/> Berufliche Situation | <input type="checkbox"/> Wohnsituation | <input type="checkbox"/> Finanzen         |
| <input type="checkbox"/> anderes:    | _____   |  |   |

### **Ziele Was möchten Sie mit dieser Sitzung in erster Linie erreichen?**

\_\_\_\_\_

Wenn Sie über Aktionen und Seminare in meiner Praxis informiert werden möchten, geben Sie bitte Ihre Email an:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift