

# Anamnese für Ihre Behandlung

\* Erforderlich

Dieser Fragebogen ist streng vertraulich und den sehen nur Sie und ich als Ihr Therapeut! Er dient dazu, dass ich Sie ein bisschen besser kennen lerne. Vergessen Sie nicht die rechtlichen Hinweise und die verbindlichen Erklärungen zu lesen und zu bestätigen. In diesem Abschnitt finden Sie auch die Kosten, die auf Sie zukommen .... und zu guter Letzt natürlich diesen Fragebogen bitte einfach noch unterschreiben (aus rechtlichen Gründen) und zum Termin mitbringen.

1. Welcher Tag ist heute? \*

---

*Beispiel: 7. Januar 2019*

2. Vorname \*

---

3. Nachname \*

---

4. Straße \*

---

5. PLZ, Ort \*

---

6. Geburtsdatum \*

---

*Beispiel: 7. Januar 2019*

7. Erlerner Beruf

---

8. Aktuell ausgeübter Beruf

---

9. Telefon

---

10. Mobil \*

---

11. Familienstand

*Markieren Sie nur ein Oval.*

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

12. Kinder - Anzahl?

---

13. Geschwister - Anzahl?

---

## 14. Wie sieht es mit Ihren Eltern aus?

*Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.*

- Eltern wohnen glücklich zusammen
- Eltern leben getrennt
- Vater lebt nicht mehr
- Mutter lebt nicht mehr

## 15. Ist das Verhältnis zu Ihren Eltern eher gut oder schlecht?

---

---

---

---

---

## 16. Woher oder durch wen sind Sie zu mir gekommen? \*

---

## 17. Grund für die Behandlung? \*

---

---

---

---

---

## 18. Haben Sie diesbezüglich schon mal eine Therapie gemacht?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

- Ja
- Nein

19. Haben Sie damit gute Erfahrung gemacht?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

Ja

Nein

20. Wenn nein - warum nicht?

---

21. Nehmen sie Medikamente ein? \*

*Markieren Sie nur ein Oval.*

Ja

Nein

22. Wenn ja - welche?

---

---

---

---

---

23. Rauchen Sie?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

Ja

Nein

## 24. Trinken Sie Alkohol?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

- Ja, regelmäßig
- Ab und zu
- Bei Gesellschaften
- Niemals

## 25. Liegen körperliche Beschwerden vor?

---

---

---

---

---

## 26. Leiden oder litten Sie an \*

*Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.*

- Anfallskrankheiten wie Epilepsie.ö.ä.
- Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol oder Drogen
- erhebliche Kreislaufprobleme
- extrem niedriger oder hoher Blutdruck
- Allergien
- Schizophrenie
- schwere Depression
- das trifft alles bei mir nicht zu
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

27. Falls eine dieser "Leiden" zutrifft, beschreiben Sie es bitte genauer:

---

---

---

---

---

28. Was wurde bisher medizinisch diagnostiziert und von wem?

---

---

---

---

---

29. Welche der folgenden Therapien haben Sie schon mal in Anspruch genommen?

*Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.*

- Heilpraktiker
- Lebensberatung
- Hypnosetherapie
- Gesprächstherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

30. Haben Sie mit nicht medizinischen Personen schon mal zusammengearbeitet oder wurden therapiert?

---

31. Haben Sie schon Meditationserfahrungen gemacht?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

- Ja
- Nein
- Geht so
- Weiß nicht

32. Wie gut ist Ihre bildhafte Vorstellungskraft?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

- Gut
- Nicht so gut
- Weiß nicht, ob ich die habe

33. Können Sie gut entspannen?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

- Ja
- Nein

34. Träumen Sie häufig?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

- Ja
- Nein

35. Haben Sie ein Tagestief?

*Markieren Sie nur ein Oval.*

Ja

Nein

36. Wenn ja - wann?

---

---

---

---

---

37. Hören Sie auf beiden Ohren gleich gut? Wenn nein - auf welchem schlechter?

---

---

---

---

---

38. Was erwarten Sie von unserer Therapiesitzung? \*

---

---

---

---

---



39. Was ist Ihr größter Wunsch?

---

---

---

---

---

40. Was ist Ihrer Meinung nach Ihr größtes Problem?

---

---

---

---

---

41. Vor was oder wem haben Sie am meisten Angst?

---

---

---

---

---

42. Was würden Sie anders machen, wenn Sie noch einmal von vorne anfangen könnten?

---

---

---

---

---

**Hinweise und verbindliche Erklärungen:**

Gemäß Urteil des Bundesverfassungsgerichtes - 1 BvR 784/03 - vom 2. März 2004 weise ich ausdrücklich darauf hin, dass meine Behandlung keinesfalls eine medizinische Behandlung ersetzt.

Meine Behandlungen dienen ausschließlich dem Zugriff auf unbewusste Ressourcen und somit dem Gewinn individueller Erkenntnisse und/oder der Verbesserung der Lebensqualität, z.B. durch die Aktivierung der Selbstheilungskräfte des Körpers.

Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten mittels EDV erfasst und gespeichert werden. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Ich verpflichte mich hiermit, über Inhalte einer Behandlung strengstes Stillschweigen gegenüber Dritten zu bewahren.

Sie erklären sich des Weiteren damit einverstanden, dass ich nötigenfalls eine Videoaufzeichnung unserer Sitzung vornehme. Das hat rechtliche Gründe. Das wird aber vor der Sitzung besprochen.

Praxis Oliver Range erklärt hiermit verbindlich, dass er keiner Religionsgemeinschaft, politischer Gruppierung oder Sekte angehört oder deren Gedankengut verbreitet.

Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

**WICHTIG:** Ihr Praxistermin ist wichtiger Termin für Ihre Zukunft. Bitte kommen Sie am Tag der Sitzung möglichst ausgeruht. Auch sollten Sie nach dem Termin bei mir den restlichen Tag nicht mehr übermäßig anstrengenden oder konzentrationsintensiven Tätigkeiten nachgehen - ein Flugzeug landen o.ä. - genießen Sie das Gefühl der Entspannung einfach noch ein bisschen.

Noch ein letzter wichtiger Hinweis:

Für meine Leistungen gebe ich keine Garantie das Behandlungsziel zu erreichen, da es immer das Mitwirken und den Willen bzw. Glauben eines jeden einzelnen ankommt.

Mein Honorar:

Mein Honorar für eine **Sitzung Psychotherapie** (60 Minuten) **75,00€**.

Für eine **Sitzung Psychotherapie mit Hypnose** (90 Minuten) **95,00€**.

Für eine **Sitzung Hypnose** (60 - 90 Minuten leichte Trance bis mehrstündige Tieftrance-Hypnose) **65,00€ - 350,00€**.

Meist sind es vier bis fünf Sitzungen - dann sind Sie wieder glücklich! ;-)

Für Jugendliche unter 16 Jahren sind es **20,00€** weniger.

Der Betrag wird in der Regel nach der Sitzung in bar entrichtet, da dies auch eine therapiefördernde Wirkung hat.

Jede Sitzung beinhaltet ein **intensives psychotherapeutisches Gespräch** mit anschließender **Hypnose**.

Weitere Angebote, speziell für meine **Hypnosetherapie**, entnehmen Sie bitte meiner Hypnose-Webseite:

<https://hypnose-bad-aibling.de/>

Terminabsagen richten Sie bitte spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin an mich.

Bitte beachten Sie, dass ich Ihnen **60,00 EUR** berechnen muss, wenn dieser Termin nicht in dieser Zeit abgesagt worden ist.

Gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG wird keine Umsatzsteuer berechnet.

43. Diese Hinweise, die verbindlichen Erklärungen und meine Honorarvorstellung \*  
habe ich gelesen und stimme ihnen hiermit zu:

*Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.*

Ich stimme zu

Ich stimme dem nicht zu

44. Unterschrift:

---

45. Wenn nicht, warum stimmen Sie dem nicht zu?

---

### Wo finden Sie mich?

in der Sonnenstr. 3d, 83043 Bad Aibling in dem grünen Haus im Hinterhof.

Anfahrt siehe Webseite: <https://praxis-hypnose-psychotherapie.de/>

Sie können auch gerne anrufen: 08061-3451358 oder mobil unter 01577-2730273

---

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google

Formulare

