

Einverständniserklärung/ Patientenaufklärung Hypnose

Kunde/ Kundin

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (tagsüber): _____

Email: _____

-Bitte zutreffendes einkreisen-

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Liegen akute Erkrankungen vor? (z.B. Herz/ Kreislauf, Nervensystem, Anfallsleiden, wie Epilepsie, psychische Krankheiten, wie Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen)

Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Sind Sie Migränepatient/in (evtl. verminderte Trancefähigkeit) Ja Nein

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie in Anspruch genommen? Ja Nein

Wurde schon einmal eine psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie derzeit noch anderweitig wegen der Thematik, weswegen Sie hier sind, in Behandlung? Ja Nein

Wie viel Alkohol nehmen Sie wöchentlich durchschnittlich zu sich? Wie ist Ihr allgemeines Trinkverhalten in Bezug auf Alkohol?

Sind Sie ansonsten Drogen- oder Medikamentenabhängig? Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Anmerkungen dazu

Sonstige Anmerkungen

Ziel der Hypnose ist? Bitte beschreiben Sie stichpunktartig, was Sie mit der Hypnose erreichen wollen

Bemerkungen zum/zur Patient/in:

Der Patient/ die Patientin ist mit der Durchführung einer Hypnose einverstanden

Rödermark, den _____ Unterschrift _____