

## Kunden-Daten

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Homepage: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Kinder/Name/Alter: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Eltern/Alter/Zivilstand/Qualität der Beziehung/alles wichtige \_\_\_\_\_

Geschwister/Alter/Qualität der Beziehung: \_\_\_\_\_

Kindheit/Jugend/Partnerschaften/Ehe/Sexualität/Hobbies/Schlafverhalten/Entspannungsverhalten/  
/Familiengenheimnisse/Tragödien/Religion/Ängste/Phobien/Missbrauch von  
Alkohol/Drogen/Medikamente/Rauchen/andere Süchte/Traumata/Muster/alles Wichtige:

---

---

---

Medizinische Kundengeschichte:

Ärztliche, psychische Behandlungen in den letzten Jahren/Langzeiterkrankungen/Diagnose/  
Medikamente

---

---

---

---

---

---

---

---

Gründe für Hypnosebehandlung:

---

---

---

---

---

---

---

---

Was schon unternommen, um o.g. Themen zu lösen?

---

Erfahrung mit Hypnose? Wenn ja, welche? Offene Fragen zur Hypnose? Ziele der Hypnosetherapie?

---

---

---

#### Einverständniserklärung Hypnosetherapie

- Ich bestätige dass ich über die Hypnose ausreichend aufgeklärt wurde und keinerlei Fragen mehr bestehen
- Ich weiss, dass folgende Voraussetzungen wichtig sind, um gemeinsam zu einer erfolgreichen Therapie zu gelangen
  1. Ich glaube an die Hypnose und weiss über deren Wirkweise bescheid
  2. Ich habe Vertrauen zu meinen Therapeuten und fühle mich mit diesem wohl
  3. Mein Leidensdruck ist hoch, ich möchte das Thema aus meinem Leben beseitigen
  4. Ich lasse Gefühle zu und bin offen/ehrlich zu meinem Therapeuten
- Ich bestätige alle Angaben korrekt gemacht zu haben
- Ich erlaube dem Hypnosetherapeuten die Therapie durchzuführen, dieser behandelt alle Kunden- und Therapieinhalte vertraulich

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wissenswertes für die Therapie: Bitte harte Kontaktlinsen/Brille ablegen, Toilettengang vor der Hypnose, Kaugummi/Bonbons entfernen, Handy aus, Aufnahmen (Bild und Ton) untersagt, es sich so bequem wie möglich machen.

Return2Cause

Tag Drinnen Alleine Alter: \_\_\_\_\_

Nacht Draussen mit Anderen Situation \_\_\_\_\_

---

---

Gefühle/Emotionen

Tag Drinnen Alleine Alter: \_\_\_\_\_

Nacht Draussen mit Anderen Situation \_\_\_\_\_

---

---

Gefühle/Emotionen

Tag Drinnen Alleine Alter: \_\_\_\_\_

Nacht Draussen mit Anderen Situation \_\_\_\_\_

---

---

Gefühle/Emotionen

Tag Drinnen Alleine Alter: \_\_\_\_\_

Nacht Draussen mit Anderen Situation \_\_\_\_\_

---

---

---

Gefühle/Emotionen

Tag Drinnen Alleine Alter: \_\_\_\_\_

Nacht Draussen mit Anderen Situation \_\_\_\_\_

---

---

---

Gefühle/Emotionen

Tag Drinnen Alleine Alter: \_\_\_\_\_

Nacht Draussen mit Anderen Situation \_\_\_\_\_

---

---

---

Gefühle/Emotionen

Suggestionen/Neue Lebenssätze/Wem gesagt \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Stärkenliste: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Ort der Entspannung: \_\_\_\_\_

---

---

---

Ziel/Zukunftsnavigator: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Bilder des grünen Raums: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---