

Anamnese-Bogen

Einzelsitzung mit Marcel Ch. Fischer (Durchbruch-Sitzung nach Dr. Hans-Peter Zimmermann)

Diese Einzelsitzung hat zum Zweck, sämtliche Lebenssituationen in der Vergangenheit so aufzuarbeiten, dass beim Gedanken daran keine vegetativen Reaktionen mehr auftreten. Marcel Ch. Fischer diagnostiziert keine Krankheiten und behandelt keine Symptome.

Das Resultat dieser Sitzung ist ein stark verbessertes Lebensgefühl, das sich in der Regel auch positiv auf die Therapie psychischer und körperlicher Krankheiten auswirkt. Hypnosetherapeuten arbeiten eng mit Ärzten und Psychotherapeuten zusammen und behalten sich das Recht vor, Klienten im Bedarfsfall an Spezialisten zu verweisen.

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

Telefon Privat:

Land / PLZ:

Ort:

Beruf:

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

In welchem Ort sind Sie aufgewachsen? (Falls mehrere Orte, bitte alle erwähnen, inkl. Jahr des Umzugs)

Bei wem sind Sie aufgewachsen? (Eltern, Pflegeeltern, Grosseltern)

Vater: geb.: Vorname: Beruf:

lebt noch gestorben am: Todesursache:

Mutter: geb.: Vorname: Beruf:

lebt noch gestorben am: Todesursache:

Geschwister: Anzahl:

1. Geschwister: geb.: Vorname: Beruf:

lebt noch gestorben am: Todesursache:

2. Geschwister: geb.: Vorname: Beruf:

lebt noch gestorben am: Todesursache:

3. Geschwister: geb.: Vorname: Beruf:
 lebt noch gestorben am: Todesursache:

4. Geschwister: geb.: Vorname: Beruf:
 lebt noch gestorben am: Todesursache:

(für weitere Geschwister bitte separates Blatt einfügen)

Sind Ihnen Fehlgeburten oder Abtreibungen seitens Ihrer Mutter bekannt?

Gibt es bei Ihren Vorfahren besondere Vorkommnisse, die Ihnen bekannt sind? (Hat z.B. eines Ihrer Eltern einen Elternteil oder ein Geschwister früh verloren? Gab es Selbstmorde, Depressionen, mysteriöse Todesfälle?)

Lebenspartner:

Vorname des heutigen Lebenspartners/der heutigen Lebenspartnerin:

Verheiratet? Seit wann sind Sie ein Paar?

Vornamen der früheren Partnerinnen/Partner:

<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>

(für weitere Partner bitte separates Blatt einfügen)

Kinder:

Vorname: geb.: Bemerkungen:

Vorname: geb.: Bemerkungen:

Vorname: geb.: Bemerkungen:

Vorname: geb.: Bemerkungen:

(für weitere Kinder bitte separates Blatt einfügen)

Gab es bei Ihnen oder einer Ihrer Partnerinnen Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Personen, von denen Sie verletzt oder enttäuscht worden sind? (Vorname und ungefähre Jahreszahl genügen)

Wie haben Sie die Schulzeit erlebt? (Glücklich? Nicht so glücklich?)

Gab es Lehrer oder Lehrmeister, von denen Sie enttäuscht oder verletzt worden sind? (Name? Jahr?)

Gehören oder gehörten Sie einer religiösen Gruppe an?

Sind daraus irgend welche Probleme entstanden?

Gab es in Ihrem Leben Unfälle, Schicksalsschläge, Todesfälle von nahe stehenden Personen?

Hatten Sie schwerwiegende Krankheiten? (Was? Wann? Heute geheilt?)

Waren Sie schon bei Psychologen, Psychiatern, Ärzten, Heilpraktikern? (Wann? Für welche Störung?)

Sind Sie schon einmal operiert worden? (Was? Wann? Mit oder ohne Vollnarkose? Gab es Komplikationen?)

Nehmen Sie Medikamente oder haben Sie früher welche genommen? (Was? Wann? Für was?)

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"/> orientierungslos	<input type="checkbox"/> unsicher			

Empfinden Sie sich selbst als schön? ja nein es geht so

Empfinden Sie sich selbst als liebenswert? ja nein es geht so

Können Sie sich selbst verwöhnen? ja nein es geht so

Welche Bereiche Ihres Lebens bedürfen dringend der Verbesserung?

Gesundheit

Selbstsicherheit

Kommunikation

Beziehungen

Berufliche Situation

Wohn-Situation

Finanzen

Hobbies / Freizeit

anderes

Möchten Sie eine schlechte Gewohnheit loswerden?

Möchten Sie eine Phobie loswerden? (Konkrete Angst vor Hunden, Schlangen, Spinnen, Mäusen, Fahrstühlen, Tunnels, Höhenangst, Platzangst, Flugangst)

Körperliche Störungen

Verdauungsbeschwerden? (Hang zu Verstopfung? Hang zu Durchfall?)

Rückenschmerzen? (Welcher Bereich des Rückens?)

Verspannte Schultern?

Kniebeschwerden?

Kopfweg / Migräne?

Schlafstörungen? (Beim Einschlafen oder Durchschlafen?)

Allergien?

Chronische Müdigkeit?

Unerklärliche Muskelschmerzen?

(Bei Frauen) **Monatsbeschwerden oder PMS?**

Haben Sie Amalgam-Füllungen in den Zähnen? Wie viele?

Wurden Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt?

Tragen Sie Kronen?

Wurde eine Wurzelbehandlung durchgeführt?

Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen?

Ziele

Was möchten Sie mit dieser Sitzung in erster Linie erreichen? (Weitere Ziele bitte auf Rückseite notieren)

**Anamnese-Bogen bitte einsenden an:
SOuLUTION.ch, Marcel Ch. Fischer, Ebnatstrasse 65, 8200 Schaffhausen**