

Praxis für Hypnose- und Psychotherapie

-Heilpraktikerin für Psychotherapie-
-Die Coachin für Kids, Teenies und Familien in Stadthagen-

Manuela Andrä
Krumme Str. 26 31655 Stadthagen

Tel.: 05721/9333992 Fax 05721/9333975 Mobil: 0160 5574404
Sie erreichen mich am ehesten telefonisch Mo-Fr 7-8 Uhr und 12-13 Uhr
Mail: info@hypnosetherapie-andrae.de Web: www.hypnosetherapie-andrae.de

Eingangsfragebogen

Nehmen Sie sich Zeit.

Mit der Beantwortung der Fragen zu Ihrer Person, Ihrer Lebenssituation, Ihrer Gesundheit und Ihren Wünschen kann ich mich auf Ihren ersten Termin vorbereiten.

Aus dem Fragebogen könnten sich möglicherweise notwendige Untersuchungen ergeben, die ich gerne im Vorfeld mit Ihnen planen würde und die Zeit kann für Sie effektiv genutzt werden.

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin zusätzlich ärztliche Befunde und Untersuchungsergebnisse mit.

Alle Ihre Angaben werden von mir **streng vertraulich** behandelt.

Der Eingangsfragebogen ersetzt nicht die Anamneseerhebung!

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit.

1. Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Anschrift:

Telefon Privat:

Dienstl:

Mobil:

E-Mail:

Krankenversicherung

Haben Sie **Zusatzversicherungen** für Leistungen im Heilpraktikerbereich?

2. Aktuelle Lebenssituation

Familienstand: ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet?

Anzahl, Geschlecht & Alter Ihrer Kinder:

Wohnsituation: allein, mit Partner/ Familie, in einer Wohngemeinschaft?

Empfinden Sie Ihre **Partnerschaft** und Ihr **Sexualleben** erfüllend?

Spielen **Religion oder Spiritualität** eine Rolle in Ihrem Leben?

3. Berufliche Situation: erlernter und aktueller, überwiegend ausgeübter Beruf

Arbeitsunfähig seit:

Arbeitslos seit:

Wurde ein Antrag auf Rente gestellt?

Berentet seit:

4. Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bestehen bei Ihnen **körperliche Vorerkrankungen, Beeinträchtigungen oder Behinderungen**? Wenn ja, welche und seit wann?

Sind bei Ihnen **Allergien oder Unverträglichkeiten** z. B. gegen bestimmte Nahrungsmittel, Inhaltsstoffe oder Arzneimittel bekannt?

Haben Sie **Schlafprobleme**? Wenn ja, beschreiben Sie diese näher.

Sind Sie mit Ihrem **Gewicht** zufrieden?

Nennen Sie Ihre **Körpergröße** und Ihr **Gewicht**.

Umgang mit Suchtmitteln

Rauchen Sie? Was und wieviel rauchen Sie? Sind Sie motiviert, damit aufzuhören?

Trinken Sie Alkohol? Was, wieviel und wie oft?

Nehmen Sie Drogen oder haben in der Vergangenheit Drogen eingenommen?
Was, wieviel und wie oft?

Selbstverletzendes Verhalten: Verletzen Sie sich selbst?
Wenn ja, beschreiben Sie, auf welche Art und wie oft Sie dies tun.

Suizidversuche: Gab es Suizidversuche in Ihrer Vergangenheit?

Waren Sie **schon einmal in psychotherapeutischer/psychiatrischer
Behandlung**? Wenn ja, **bei wem, wie lange** und **aus welchem Grund**?

Wurde die **Therapie ambulant oder stationär** durchgeführt?

Nehmen Sie derzeit **Medikamente** ein (sowohl **verordnete als auch nicht
verordnete**)? Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen.
Medikament (Name), Dosierung (Menge), seit wann?

Geben Sie bitte **Namen und Adressen Ihrer derzeitig behandelnden Psychotherapeuten und Ärzte** an:

5. Nehmen Sie sich Zeit und **beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre Beweggründe**, die Sie veranlasst haben, sich an mich zu wenden. Gern können Sie ein gesondertes Blatt zufügen, wenn der Platz hier nicht reicht.

Was sind **Ihrer Meinung nach die Ursachen für Ihre Probleme?**

Welche **konkreten Wünsche und Ziele** möchten Sie im Hinblick auf Ihre persönliche Situation erreichen? Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie?

Frauen: Sind Sie schwanger?

Planen Sie in den nächsten 6 Monaten schwanger zu werden?

Datenschutzhinweis: Die Angaben zur Person und die Selbsteinschätzung unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der Schweigepflicht.

Ort, Datum, Unterschrift