**Wir bitten Sie, dieses Worddokument auf elektronischem Weg auszufüllen und uns zuzusenden.**

**Dokumente in handschriftlicher Form, als PDF oder JPEG können wir nicht bearbeiten.**

**Bevor Sie Ihre Angaben zur Person, zum Problem und zum Ziel der Behandlung machen, drucken Sie bitte das erste Dokument aus, welches ausführliche Erklärungen enthält.**

**1. Angaben zur Person**

Herr/ Frau

Titel

Vorname, Nachname:

Geb.-datum:

Anschrift:

Tel. privat:

Tel. dienstlich:

Zeiten der Erreichbarkeit:

Handy (bitte unbedingt angeben):

E-Mail:

Schulabschluss:

Erlernter Beruf:

Ausgeübter Beruf:

Arbeitgeber:

Familienstand:

Vorname Partners /Partnerin:

Namen und Alter der Kinder:

**Familienherkunft:**

Alter von Vater & Mutter bei Geburt:

Leben Ihre Eltern noch?

Wenn nein, wann sind sie gestorben?

Stellung in der Geschwisterreihe:

Erfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden?

**Angaben zum Problem:**

Problem benennen:

Problembeschreibung:

Wie lange leiden Sie unter dem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)?

Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt?

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer? (in Stichpunkten)

Was wird durch das Problem/die Krankheit (in Ihrem Leben) verhindert?

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

Wozu zwingt Sie das Problem/die Krankheit?

Diagnosen:

Vorbehandlungen (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg):

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.):

Dosierung, Dauer:

**2. Behandlungsziel:**

Woran können Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Problem überwunden haben?

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

Testsituationen:

Allerwichtigstes im Leben?

Größtes Hobby/ größte Leidenschaft:

Glaube an eine höhere Kraft?

Orthopädischen Probleme, wenn ja, welche?

**3. Mögliche negative Konsequenzen der Heilung**

Was werde ich verlieren, wenn ich gesund werde / meine Beschwerden loswerde?

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?

**4. Wert der Heilung**

Welche Dinge sollten Sie kurzfristig tun?

Welche Dinge sollten Sie langfristig tun?

Bitte speichern Sie jetzt das ausgefüllte Text-Dokument und senden Sie es per E-Mail an kinderarztpraxisantjeriek@yahoo.com.

Falls es wichtige Dinge gibt, die nicht erfragt wurden, die Sie aber mitteilen möchten, schreiben Sie diese bitte in den Text der E-Mail, mit der Sie uns das Formular senden.